

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Educação e Escola de Enfermagem

Núcleo de Educação, avaliação e Produção Pedagógica em Saúde

Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva

CAROLINA CHARÃO DA SILVA

SOBRE AS RENDAS FURADAS, MAS AINDA RENDAS

PORTO ALEGRE

2017

CAROLINA CHARÃO DA SILVA

SOBRE AS RENDAS FURADAS, MAS AINDA RENDAS

BANCA EXAMINADORA

Míriam Thais Guterres Dias

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Christine Wetzel

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

PORTO ALEGRE

2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora Prof.^a Míriam Dias por aceitar me orientar sem nem mesmo me conhecer.

Agradeço ao meu pai por estar presente quando precisei.

À minha dinda por ser uma segunda mãe pra mim.

À minha avó por me ensinar a levar a vida com leveza e muita doçura.

À minha irmã que sempre que me via chateada me convidava para andar de sk8 na beira do Guaíba

À minha tia Eliane por sempre deixar dieta pronta na geladeira.

À minha tia Rosangela por me dar acolhida.

À minha mãe por ter fortalecido minha resiliência e me ensinar a ver a loucura de outra forma.

À equipe que passou e que está no CAPS AD III Travessia por me ensinarem a mediar o tecnicismo com o afeto.

À equipe linda do CAPS AD GCC que me ensinou muito.

À equipe do CAPS III Recanto dos Girassóis por me ensinar a botar afeto em tudo e a atender a crise com abraços apertados.

À minha tutora de núcleo Paula Filipon que me cobrava quando precisava e elogiava quando necessário.

Aos meus colegas de turma de residência que me acolheram dentro da minha singularidade.

Aos meus R2 que me ensinaram que problematizar a vida e me implicar ainda mais com política de saúde.

E por fim, à UFRGS por me proporcionar mais conhecimentos que levarei para vida toda.

Louco

(Hora de Delírio)

Não, não é louco. O espírito somente
É que quebrou-lhe um elo da matéria.
Pensa melhor que vós, pensa mais livre,
Aproxima-se mais à essência etérea.

Achou pequeno o cérebro que o tinha:
Suas idéias não cabiam nele;
Seu corpo é que lutou contra sua alma,
E nessa luta foi vencido aquele,

Foi uma repulsão de dois contrários:
Foi um duelo, na verdade, insano:
Foi um choque de agentes poderosos:
Foi o divino a combater com o humano.

Agora está mais livre. Algum atilho
Soltou-se-lhe o nó da inteligência;
Quebrou-se o anel dessa prisão de carne,
Entrou agora em sua própria essência.

Agora é mais espírito que corpo:
Agora é mais um ente lá de cima;
É mais, é mais que um homem vão de barro:
É um anjo de Deus, que Deus anima.

Agora, sim - o espírito mais livre
Pode subir às regiões supernas:
Pode, ao descer, anunciar aos homens
As palavras de Deus, também eternas.

E vós, almas terrenas, que a matéria
Os sufocou ou reduziu a pouco,
Não lhe entendeis, por isso, as frases santas.
E zombando o chamais, portanto: - um louco!

Não, não é louco. O espírito somente
É que quebrou-lhe um elo da matéria.
Pensa melhor que vós, pensa mais livre.
Aproxima-se mais à essência etérea.

Junqueira Freire

RESUMO

Este trabalho de residência foi inspirado na práxis habilidosa das rendeiras do Ceará, para falar simbolicamente das rendas da Reforma Psiquiátrica, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção psicossocial da Gerência Distrital Leste Nordeste. A Renda Bonita trouxe como temática a Reforma Psiquiátrica, elaborada a partir de uma revisão de literatura com textos trabalhados nos seminários teóricos da Residência. A Renda que se Quer foi realizada com a temática da RAPS, uma revisão das leituras e textos discutidos no cotidiano dos campos de trabalho. E o último capítulo, a Renda Furada que foi feito inicialmente uma revisão de pontos da RAPS apresentados nos sites da secretaria de saúde da prefeitura de Porto Alegre. Posteriormente uma apresentação do distrito leste nordeste onde está a UBS, que atuei como enfermeira residente em saúde mental coletiva. Traz como recursos parte do percurso formativo desta profissional que escreve, para elucidar e identificar de onde saiu a opinião e assim inserir o método, o relato de experiência com mesclas do que se viu e viveu na rede. Foram extraídos fragmentos do diário de campo desta residente, método utilizado como forma de cuidado do residente nesta Residência em Saúde Mental Coletiva, como também como forma de avaliação da mesma no percurso formativo. Como os títulos e subtítulos já dizem, existe uma renda bonita, uma renda que se quer e uma renda furada, que a atenção básica em saúde tem atuado de forma muito potente, alinhavando os buracos e assim promovendo saúde mental coletiva.

Palavras chave: Reforma psiquiátrica, Saúde mental coletiva, Rede de atenção Psicossocial. Enfermagem Psiquiátrica. Atenção Básica

ABSTRACT

This work of residence was inspired by the skilled praxis of the lacemakers of Ceará, to symbolically speak of the incomes of the Psychiatric Reform, the Psychosocial Attention Network and the Psychosocial Attention Network of the Eastern District Northeast Management. The Beautiful Income brought as a theme of the Psychiatric Reform, which was elaborated from a literature review with texts worked in the theoretical seminars of the Residence. The Income that is Wanted was realized with the theme of the RAPS, a review of the readings and texts discussed in the daily life of the labor camps. And the last chapter, Renda Furada, which was initially made a review of RAPS points presented on the websites of the health department of the prefecture of Porto Alegre. Subsequently a presentation of the northeast eastern district where UBS, who acted as resident nurse in collective mental health. It brings as resources part of the training course of this professional who writes, to elucidate and identify where the opinion came from and thus insert the method, the experience report with mixtures of what was seen and lived in the network. Fragments were extracted from the field diary of this resident, a method used as a form of care of the resident in this Residence in Collective Mental Health, as well as a way of evaluating the same in the training course. As the titles and subheadings already say, there is a beautiful income, a desired income and a stale income, that basic health care has acted in a very potent way, aligning the holes and thus promoting collective mental health.

Keywords: Psychiatric reform, Collective mental health, Psychosocial care network
Psychiatric nursing and basic care

LISTA DE ABREVIATURAS E SICLAS

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

ESF- Estratégia de saúde da Família

eSF- Equipe de Saúde da Família

CRAS- Centro de Referência da Assistência Social

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	LINHAS UTILIZADAS	12
2.1	ENLACE DE LINHAS	12
3	AS RENDAS	13
3.1	SOBRE A RENDA BONITA	13
3.2	SOBRE A RENDA QUE SE QUER	19
3.2.1	Sobre a Renda Mental	23
3.3	SOBRE A RENDA FURADA	31
4	UNINDOS AS RENDAS	42

INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva conta um pouco de mim, das minhas vivências enquanto enfermeira em um dos campos de atuação que estive. Ele possui um título inspirado nas rendeiras do Ceará, onde fiz meu estágio eletivo da residência.

A práxis tão meticulosa de fazer um tecido delicado, de malhas abertas, cujos fios são trabalhados à mão que se entrelaçam formando um desenho; uma rede, por conseguinte, faz alusão ao que pude perceber na tecedura de redes de cuidado em saúde na atenção básica¹. Este trabalho apresenta um relato de experiência, de uma enfermeira percebendo as potencialidades² da atenção básica em promover saúde mental coletiva.

O primeiro ponto para iniciar uma renda vem do enlace inicial, da apresentação das linhas. Deste modo apresento o meu interesse na área de saúde mental que foi desenvolvido no meio da graduação de Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A trama iniciou nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e, posteriormente, em um estágio voluntário de férias na Unidade de Adição do HCPA e, no final da graduação, na ala de Psiquiátrica Geral do HCPA, no CAPS Glória Cruzeiro Cristal e no Serviço de Residencial Terapêutico (SRT) Nova Vida no município de Porto Alegre. O trabalho de conclusão da graduação de enfermagem foi sobre Redução de Danos para usuário de crack. Fiz também a graduação de Administração em Sistemas e Serviços de Saúde na Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS), em concomitância com a Enfermagem, e nessa formação analisei em meu trabalho de conclusão a taxa de cobertura de CAPS no município de Porto Alegre. Esse tipo de serviço que segundo a lei 10.216/2001 é um dos principais dispositivos de cuidado em saúde mental.

Na residência trabalhei em cinco cenários de prática da residência CAPS II

¹ Cabe elucidar que de acordo com a base bibliográfica utilizada, em cada paragraf, que será explicitado no mesmo, serão empregadas as terminologias atenção básica e ou atenção primária em saúde para referir-se ao primeiro nível de atenção à saúde.

² O termo potencialidade é alusivo a conceito da filosofia. Para Nietzsche, vontade de potencia, que está em tudo na vida. O ser humano não quer somente adaptar-se as condições presentes, mas dominar e dar sentido as coisas e acontecimentos a sua volta. E fazendo uma análise sobre as obras de Deleuze, a potencia está no campo dos encontros dos afetos, de sair do lugar do instituído para o local instituinte e promover mudanças.

AD Glória Cruzeiro Cristal, CAPS III Recanto dos Girassóis, CAPS III AD Travessia, UBS e área técnica de saúde mental do município de Porto Alegre. A partir do trabalho e das aulas pude problematizar e promover saúde mental coletiva em campo. Nessa perspectiva conheci e reconheci a potencialidade da atenção básica em promover saúde mental, mesmo com dificuldades que por vezes uma rede tem; seja na falta de estrutura, de recursos humanos, unidades de saúde, material, ainda assim promovem saúde mental coletiva de forma efetiva. Essa percepção me implicou construir um trabalho de conclusão dessa residência sobre como vi a saúde mental coletiva na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O segundo ponto pode ser o pano de fundo e necessidade de se fazer uma renda. A Constituição Federal de 1988 assegura que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas públicas de redução do risco de doença e de outros agravos, bem como ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. O Sistema Único de Saúde foi uma árdua conquista da sociedade brasileira iniciada ao longo dos anos 70/80 e é resultante da ampla mobilização da sociedade em defesa de mudança nos modelos de atenção e gestão nas práticas da saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta de bens e serviços em saúde, participação dos trabalhadores e usuários dos serviços nos processos de gestão e produção de tecnologias em saúde.

Ainda pode elencar que o SUS é uma conquista de trabalhadores, estudantes e usuário, cuja implantação nas duas décadas passadas exigiu e ainda exige implicação desses entes e ainda o Estado, portanto não significa algo fácil, é um processo árduo. O progresso notável até aqui alcançado, todavia, permanece a nos lembrar do que ainda temos por fazer. Um desses grandes desafios são as redes integrais de atenção em saúde instituídas pela Portaria GM/MS nº 4.279/2001, com base na Atenção Primária em Saúde (APS) segundo Brasil (2015 a).

Segundo Mendes (2011), a atenção primária ainda precisa de qualificação para continuar executando a coordenação do cuidado, como também se faz necessário organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e forneça aos usuários do SUS uma resposta adequada. Somando todos esses fatores no planejamento pode se fazer um diagnóstico de necessidades em saúde que considere a diversidade e extensão do

território brasileiro e coordenar o cuidado em rede de forma plena.

Concomitante a esse processo de transformações da saúde pública brasileira, no campo da saúde mental também se iniciava um processo de crítica e proposição de um outro modelo de cuidado em saúde mental, chamada de Reforma Psiquiátrica e que tem buscado fortalecer a criação de redes de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, onde se reformula como promover saúde mental.

Segundo Andrade (2012) a reforma psiquiátrica é um processo heterogêneo de práticas atravessadas por múltiplos planos o que faz com que apresentem diferentes configurações, conforme os contextos em que se desenvolve. A partir dessa perspectiva, cabe estudar cidade por cidade para entender diferentes contextos históricos, culturais e políticos da Reforma Psiquiátrica e o processo de construção de uma Saúde Mental Coletiva, que segundo Fagundes (1995) é um processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer política, tem se dado.

Assim este trabalho se destina a falar da renda da saúde mental de um distrito sanitário de Porto Alegre, a partir de um relato de experiência na rede. E para dar continuidade às tramas desta manufatura, o trabalho apresentará os seguintes capítulos: linhas utilizadas com o subcapítulo enlace de linhas; capítulo rendas com os subcapítulos próximos subcapítulos serão apresentadas rendas: Primeiramente a Renda Bonita, com a temática da Reforma Psiquiátrica; depois a Renda que se quer com a temática da RAPS e por última a Renda Furada com o relato da vivência no distrito e as percepções da RAPS e as potencialidades da de uma unidade básica de saúde em promover saúde mental coletiva.

2. LINHAS UTILIZADAS

Este capítulo descreve a trajetória metodológica empregada neste trabalho. Traz a descrição sobre como se deu a sua construção, a partir da análise e reflexão dos meus registros e memórias, análise documental e revisão bibliográfica.

2.1 ENLACE DE LINHAS

Trata-se de um relato de experiência com abordagem crítica-reflexiva sobre a RAPS da Gerência Distrital Leste Nordeste do município de Porto Alegre e percepções sobre as potencialidades de uma UBS em promover saúde mental coletiva.

Foram utilizados títulos e subtítulos alusivos à produção de rendas para falar de Reforma Psiquiátrica, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção psicossocial do Gerência Distrital Leste Nordeste. A Renda Bonita, com a temática da Reforma Psiquiátrica traz uma revisão de literatura com textos trabalhados nos seminários teóricos da residência. A Renda que se quer foi realizada com a temática da RAPS, uma revisão das leituras e textos discutidos no cotidiano dos campos de trabalho. E o último, a Renda Furada que foi feito inicialmente uma revisão de pontos da RAPS apresentados nos sites das secretarias da prefeitura de Porto Alegre. Posteriormente uma apresentação do distrito leste nordeste onde a UBS, que atuei como enfermeira residente em saúde mental coletiva.

Como forma de conhecer o território e aumentar a propriedade sobre o mesmo foi utilizado método empregado nas primeiras semanas desta residência, o método de se perder pelas cidades onde atuaríamos como residentes. Nas primeiras semanas na UBS caminhei com as agentes comunitárias de saúde e agente de endemias sem perguntar o destino, apenas estive perto e pude ver muito daquele lugar.

Ainda como método foi utilizado a produção de diário de campo, método também indicado como forma avaliação nesta residência, considero até uma forma de autocuidado porque assim se elaboram os pensamentos sobre os fatos dos dia-a-dia. E a partir de minhas anotações e a sistematização deste relato de experiência das potencialidades percebidas por mim, de uma UBS em promover saúde mental coletiva.

3 AS RENDAS

E diante do possível fazer saúde e tecer redes e rendas adequadas ao olhar de todos para todos.

Nos próximos subcapítulos são apresentadas rendas. Primeiramente a Renda Bonita, a Reforma Psiquiátrica; depois a Renda que se quer e por última a Renda Furada.

3.1 RENDA BONITA

O movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil se fortaleceu a partir do processo de redemocratização no contexto político e social em 1985, com o fim da ditadura militar e início do período conhecido como Nova República. (TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 2009). Pode-se considerar como um ponto de partida importante para o processo da Reforma Psiquiátrica a crise que ocorria em 1978 na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), departamento do Ministério da Saúde responsável pela formulação de políticas em Saúde Mental no Brasil naquele período (PAULIN, 2004; AMARANTE, 2009).

Durante o momento de crise do DINSAM surgiu, concomitantemente, o movimento dos trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que criticava o modelo tradicional de atenção as pessoas com sofrimento mental que era um modelo de atenção medicalizante, médico-centrado, asilar e, por conseguinte, os desvios e práticas desumanas cometidas nas instituições psiquiátricas. Este processo produziu novas propostas para a assistência ao portador de sofrimento psíquico de suma importância para a reestruturação das práticas de cuidado em saúde mental e, posteriormente, fomentou a ação do movimento antimanicomial (TENÓRIO, 2002).

Faz-se necessário destacar a importância da experiência de desinstitucionalização dos usuários dos hospitais psiquiátricos na Itália, liderada por Franco Basaglia, psiquiatra e neurologista italiano, inspirador da Lei 180/1978 (também conhecida como Lei Basaglia) que estabeleceu a abolição dos hospitais psiquiátricos e foi inspiradora para as mudanças no campo da psiquiatria no Brasil. (BRASIL, 2005). Na década de 80, algumas mudanças começaram a ocorrer no Brasil com o objetivo de alcançar melhores condições de vida e de cuidado para as pessoas que viviam há anos internadas e tuteladas nos manicômios de acordo com

o modelo biologicista e medicamentoso da psiquiatria tradicional.

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco importante para a Reforma Sanitária Brasileira, uma vez que teve como seu principal resultado a emenda popular que gerou subsídios para elaboração do Art. 196, da Constituição Federal de 1988, que determina:

[...] a saúde como um direito de todos e dever do Estado, sendo este garantido a partir de políticas sociais e econômicas que visariam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitários ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL,1988)

Nesse artigo faz lembrar a construção do Estado, enquanto República Federativa do Brasil, onde o povo paga imposto para que o Estado retribua essa contrapartida com a prestação de serviços públicos. O Estado deve promover os direitos sociais previstos no artigo 6º da CF (direitos sociais, educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção a maternidade e a infância e assistência aos desamparados).

Ocorriam mudanças nos segmentos da sociedade brasileira e em todos os segmentos da saúde, por melhor gerenciamento e planejamento dos serviços de modo a ampliar o acesso de qualidade para todos. A Reforma Psiquiátrica se fortaleceu dentro do contexto da própria Reforma Sanitária e a cada progresso dessa se refletia diretamente na transformação do modelo clássico existente de paradigma da psiquiatria (TENÓRIO, 2002).

Neste contexto, algumas mudanças no campo da legislação foram sendo implementadas, repercutindo diretamente na assistência prestada aos usuários. Assim, as Conferências Nacionais de Saúde Mental incitavam a criação de legislações que respaldassem seus objetivos e metas e, à medida que as legislações eram aprovadas, direcionavam as ações e os modelos a serem implantados nos municípios.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004 a) primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1987, na cidade de São Paulo: o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. A criação desse e de outros dispositivos fez parte de um intenso movimento social, que inicialmente partiu dos trabalhadores de saúde mental, que visavam a melhoria da assistência e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos que, naquele momento, ainda eram o único recurso para os usuários portadores de transtornos

mentais.

A partir do CAPS de São Paulo outros foram sendo criados em diferentes municípios do país, como no estado do Rio Grande do Sul, se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. (BRASIL, 2004, DIAS, 2015).

Do mesmo modo como a VIII Conferência Nacional de Saúde impulsionou a Reforma Sanitária, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, fortaleceu a Reforma Psiquiátrica que vinha se desenvolvendo. A I Conferência Nacional de Saúde Mental tinha como temas básicos: economia, sociedade e Estado – impactos sobre a saúde e doença mental; reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; cidadania e doença mental – direitos deveres e legislação do doente mental e proibia a construção de novos hospitais psiquiátricos (TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 2009).

Durante esse período de grandes reivindicações por mudanças na atenção à saúde das pessoas com transtornos mentais, o deputado federal Paulo Delgado apresentou, em 1989, o Projeto de Lei 3657/89, mais conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica. O projeto tramitou no Congresso Nacional por mais de uma década, onde foi objeto de diversas modificações, e sua aprovação representou um avanço no âmbito político contra o modelo asilar vigente (TENÓRIO, 2002).

A Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.206/ 2001 (BRASIL, 2004b), previa a criação de um modelo assistencial em rede, substitutiva à institucionalização em hospitais psiquiátricos. Essa ganhou força no Brasil inteiro ao longo na década de 90 e se afirmou com a assinatura da Declaração de Caracas que ressaltou por sua vez, a legitimidade e a necessidade de revisão das abordagens conceituais e assistenciais às quais se inseriam as pessoas com transtornos mentais. Segundo Rotelli et al (1990), a assistência em rede proposta a partir da Reforma Psiquiátrica rompeu com o predomínio cultural do modelo segregativo clássico que se tinha de psiquiatria, no qual os manicômios constituíam a única forma de atenção aos transtornos mentais.

A partir da Declaração de Caracas, enquanto membro da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), o Brasil passa a nortear a reestruturação de seu modelo assistencial em saúde mental alertando enfaticamente para o fato de que o hospício, enquanto única forma de atenção à saúde mental da época, não permitiria alcançar uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva. Os países deveriam, portanto, ajustar-se a estas

diretrizes buscando assegurar o respeito aos direitos humanos e civis das pessoas em sofrimento psíquico além de promover a organização de serviços de saúde mental garantindo uma rede de assistência extra hospitalar (OPAS, 1990).

Um sistema substitutivo ao hospitalar na área de saúde mental visa à transição efetiva de uma assistência com base no convívio dos usuários na sociedade, estimulando a aquisição de autonomia e exercício da cidadania. Dessa forma, são necessárias ações em âmbito municipal, estadual e federal, além da articulação dos movimentos sociais (BRASIL, 2005).

Nota-se então que a década de 80 foi marcada por significativas mudanças políticas, sociais e de assistência à saúde que impulsionaram a elaboração de diversas normativas jurídicas por parte do Ministério da Saúde para o fortalecimento do campo da saúde mental.

A Portaria GM 1899/91 (BRASIL, 2004) elencava atendimentos em grupos e visita domiciliar que deveriam ser realizadas por profissionais de níveis superior e médio, além de atendimento em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e oficinas terapêuticas, custeados pelo SUS. Assim, com a construção de uma rede de assistência extra hospitalar centrada em CAPS, os ideais da Reforma Psiquiátrica passam a ser exequíveis em várias cidades de acordo com suas demandas e regionalizações pactuadas.

Em 1992 ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental que teve como base a reafirmação dos princípios da Reforma e da saúde, estabelecidos na VIII Conferência Nacional de Saúde e na Declaração de Caracas. Segundo Amarante (2009), houve reafirmação e renovação dos princípios e as diretrizes da reforma psiquiátrica a partir da desinstitucionalização e da luta antimanicomial no Brasil.

No ano seguinte houve a aprovação da portaria 88/1993 (BRASIL, 2004), com os objetivos de definir mecanismos de supervisão e avaliação de hospitais psiquiátricos. Essa Portaria elencou a necessidade de estabelecer critérios mais claros para adequação do processo de credenciamento dos hospitais autorizados a prestar serviços de atenção à saúde mental no âmbito do SUS.

Havia ainda a necessidade de dar continuidade às mudanças políticas em saúde mental e, por conseguinte, assegurar o suporte assistencial mais qualificado aos usuários. Neste sentido, os incentivos para a reformulação do modelo assistencial em saúde, de forma geral, e a aprovação de regulamentações de serviços substitutivos em saúde mental foram fatores facilitadores desse processo.

Dando seguimento à criação de serviços substitutivos ao manicômio, foram

criados em 1992 de acordo com a Portaria GM 224/92 (BRASIL, 2004, p. 12) os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que consistiam em “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que ofereciam atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”.

Com todas estas alterações legais a possibilidade de descredenciamento era iminente para alguns hospitais psiquiátricos que não estivessem de acordo com as normas e/ou não conseguissem fazer as readequações necessárias. Isso levantou a necessidade de responsabilização, por parte do Estado, com a situação das pessoas portadoras de transtorno mental que ao saírem de longos períodos de interação pudessem ser abrigadas e cuidadas (BRASIL, 2005).

Assim, o dispositivo instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria Nº 106/00, foram os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), mais conhecidos como Residências Terapêuticas (BRASIL, 2004), com a finalidade de garantir condições de moradia àqueles que se enquadravam nesta situação. Como algumas mudanças provocam outras, paralelamente à adoção das medidas anteriores e com vistas a assegurar uma condição digna ao cidadão com transtorno mental, houve a aprovação, em 2001, da Lei Nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Segundo Saraceno (1999), houve neste período um maior reconhecimento dos direitos dos internados por todos os atores envolvidos no cuidado: os técnicos, os administradores, os políticos, os familiares e os próprios pacientes. Neste processo se intensificaram as iniciativas de valorização dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico enquanto cidadãos e as estratégias para reorientação do serviço prestado.

No ano de 1999 ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental cujos objetivos eram demonstrar as possibilidades de implantação do novo modelo; discutir o que poderia ser feito para estendê-lo pelo país, seu financiamento, fiscalização, a formação de recursos humanos de acordo com o novo paradigma conceitual e assistencial, entre outros. Certamente, constituiu-se em um passo à frente na consolidação da proposta de um novo modelo, verificado na Conferência anterior (BRASIL, 2002).

Em 2002 o Ministério da Saúde, a fim de prosseguir no curso das propostas

oriundas do movimento de Reforma Psiquiátrica, implementou o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) a partir da Portaria GM 251/2002. Esse atuaria como instrumento de avaliação da alta complexidade em saúde mental com as seguintes finalidades: vistoriar a qualidade da assistência prestada nos hospitais psiquiátricos de acordo com as normas do SUS e encaminhar para o descredenciamento aqueles considerados de baixa qualidade (BRASIL, 2005). Nessa perspectiva de avaliação de serviços, algumas unidades de alta complexidade foram colocadas em questão quanto a sua qualidade de atendimentos.

Em 2003 foi promulgada a Lei n.º 10.708 que definiu critérios de regulamentação do Programa de Volta para Casa que prevê auxílio financeiro para pessoas portadoras de transtorno mental egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos.

Diante de uma sucessão de fatores na área de saúde mental, o Ministério da Saúde aprovou em 2004 o Programa Anual de Reconstrução da Assistência Hospitalar no SUS (PRH), cuja finalidade era reduzir progressivamente, os leitos de hospitais psiquiátricos de grande porte e redirecionar os recursos financeiros para serviços de base comunitária (BRASIL, 2005).

Buscou-se uma articulação entre o PNASH/PSIQUIATRIA com o PRH para proceder a avaliação da qualidade dos serviços prestados, promovendo assim, a efetiva redução dos leitos de hospitais psiquiátricos com readequação do atendimento e dos recursos destinados. Tais ações fomentaram a desospitalização e desinstitucionalização. A primeira diz respeito a criação de alternativas de atenção psicossocial opostas aos espaços já instituídos de exclusão social. A segunda, refere-se ao trabalho de ocupar-se fundamentalmente do sujeito e não da doença, de modo que as instituições de cuidado incorporem um novo sentido às suas práticas e o tratamento deixe de significar apenas prescrição de medicamentos e aplicação de terapias para tornarem-se nesta medida, um espaço de transformação do tempo cotidiano, do trabalho, do lazer, do ócio e que promovam possibilidades para a ampliação da vida (FERNANDES,1999).

Assim, a desospitalização e a desinstitucionalização propostas pela Reforma Psiquiátrica, desde que aconteçam de forma planejada e articuladas, podem garantir que os indivíduos saiam dos hospitais psiquiátricos e sejam cuidados em dispositivos substitutivos, fortalecendo a rede de atenção à saúde mental de modo a evitar a desassistência dos mesmos. (BRASIL, 2005).

Em 2010 houve a IV Conferência em Saúde Mental Intersetorial cujo lema era “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Nessa conferência foram discutidos os avanços e entraves que deveriam ser enfrentados para a consolidação e melhor integração dos dispositivos criados na rede de serviços substitutivos em Saúde Mental (BRASIL, 2010).

O processo evolutivo da Reforma Psiquiátrica Brasileira gerou demandas de criação de novos serviços, cuja finalidade era permitir aos usuários, desfrutarem dos seus direitos e de uma vida mais digna, através da reabilitação psicossocial. Nessa perspectiva, é pertinente destacar a assertiva de Saraceno (1999, p.26):

O maciço fenômeno da desospitalização e o crescimento dos direitos dos doentes mentais constituem, portanto, dois fatores determinantes da instauração de uma necessidade de reabilitação (ou seja, de resposta tanto às necessidades quanto aos direitos antes ocultados pela internação).

Com o aumento da desospitalização e desinstitucionalização de vidas surgiu a demanda de se formular uma rede de cuidado extra-hospitalar. A partir dessa demanda de saúde pública e de direitos humanos lembrados por diversas legislações em saúde, a concepção mais ampla do conceito saúde, e reconhecimento das potencialidades de que uma rede de serviços surge a ideia de se trabalhar em Redes de Atenção para cada política de Saúde. E nessa perspectiva o próximo subcapítulo será sobre a Rede de atenção Psicossocial (RAPS) que se quer para pode dar continuidade ao processo de Reforma Psiquiátrica.

3.2 RENDA QUE SE QUER

Para se falar das redes de atenção à saúde (RAS) deve se recapitular a conjuntura das redes de atenção no Brasil. Assim deve se entender a implantação do SUS juntamente com a reforma sanitária em consonância com a reforma psiquiátrica.

Cabe lembrar que anteriormente a atenção à saúde era vista a partir de uma pirâmide onde o topo estava a alta complexidade, no meio a média e na base a atenção básica. Com essa conformação de acesso linear, quando o cidadão precisava de um serviço disponível na alta complexidade, o cidadão deveria acessar a atenção básica. Entretanto quando a pessoa tinha a dificuldade de acesso a um dos níveis poderia inviabilizar a continuidade da assistência nos

outros níveis de saúde, segundo Mendes (2009).

Diante disso tinha um modelo piramidal, que tinha alguns acessos dificultados. Concomitante a esta questão processual no Brasil também ocorria uma inversão na pirâmide etária no Brasil, aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população, diminuição da taxa de natalidade; juntamente a este processo também ocorria um aumento tripla carga de doenças como situações agudas de doenças (doenças parasitárias infecciosas); aumento considerável de doenças crônicas não transmissíveis, que necessitam de assistência ao longo dos anos, como também tem outra carga que estão ligadas a causas externas (homicídios, acidente automobilístico e suicídio). Juntamente com isso e um sistema fragmentado de saúde, formato piramidal, com um sistema dando conta de situações agudas, percebeu-se a necessidade de uma nova conformação, de um cuidado diferenciado, com uma lógica de funcionamento horizontal, onde haja um cruzamento e uma interpelação entre os pontos de atenção. Demonstrados na Figura 01, extraída de Mendes, 2011.

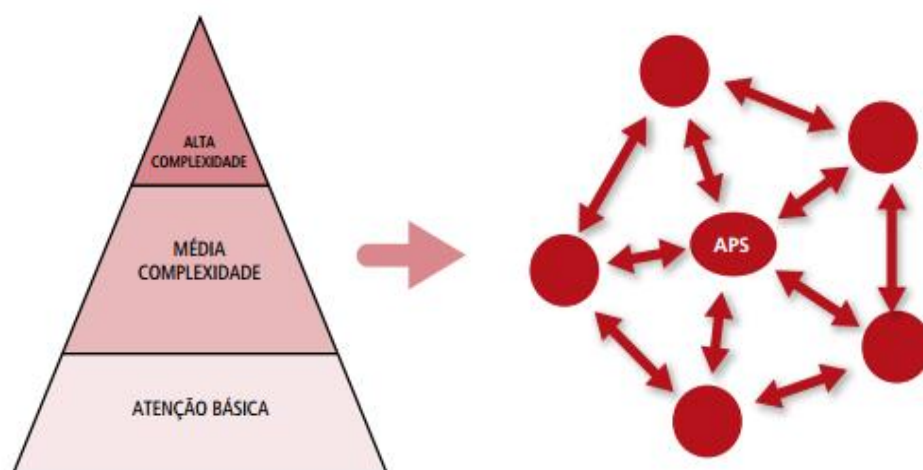


Figura 01 - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde, Mendes (2011)

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) segundo a Portaria GM 1.269/13 (BRASIL, 2013) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Entretanto acrescento que ainda pode se elencar que a RAS pode ser uma rede onde todos os serviços intrasetorial e intersetorial como educação e cultura e inclusive segurança participem.

A RAS possui seus componentes que regem todas as redes como população adscrita, estruturas operacionais, e um modelo lógico de atenção à saúde. (BRASIL, 2013; Mendes, 2011). No modelo de pirâmide, se tinha a atenção à saúde voltada para condições agudas, em um modelo reativo, onde o indivíduo tinha uma doença e quando agudizava os serviços tinham de dar conta. Sem necessariamente pensar em prevenção e controle orientados pela atenção primária em saúde. Hoje há uma modificação da modelagem de atenção à saúde proposto nas redes de atenção. Entretanto deveria haver uma qualificação da médica complexidade para que assim a atenção primária, apresentada anteriormente, possa dar conta de sua tarefa e assim delegar e orientar o fluxo na rede. Assim este novo modelo deve atender as condições crônicas, onde se faz necessário um acompanhamento em todos os níveis de atenção se necessário para cada caso.

As Redes de Atenção à Saúde acabam por ter cinco características básicas tais como: Formação de relações horizontais entre pontos de atenção, tendo a Atenção Primária à Saúde, como centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde; Centralidade nas necessidades de saúde da população; Responsabilização por cuidado continuado e integral; Cuidado multiprofissional; Compartilhamento de objetivos e compromissos com resultados sanitários econômicos, segundo Brasil (2013) e Mendes (2011). Entretanto cabe ressaltar que a Rede de Atenção à Saúde não é somente diferentes dispositivos de saúde se interligando, pode ser também comunicação entre pessoas, compartilhamento de ações diferentes que podem ocorrer em concomitante; dessa forma pode se inferir que um dos focos da rede é a comunicação entre pessoas. Então precisa se formar relações horizontais entre esses pontos de atenção, tendo a atenção primária em saúde com ponto central da atenção à saúde e coordenação da Rede.

Mendes (2011) apresenta a estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde constituída de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. É o que se observa na Figura 02, extraído de MENDES (2013):



Figura 02 - Os modelos de Atenção à Saúde (MENDES, 2013)

Essa figura demonstra a organização operacional da rede de atenção onde se tem uma organização horizontal, a atenção primária no centro como coordenadora e ordenadora da rede de atenção, como também tem sistemas logísticos horizontais a todo o processo. A parte vertical são os pontos de atenção secundários e terciários, onde se admite que em certa medida serão necessários para o cuidado. Então pensando que a atenção primária deve ser a ordenadora do cuidado, ela vai precisar de um sistema logístico e regulado, um registro eletrônico (prontuário eletrônico) e uma sistema de transporte de saúde. Além desses vai necessitar de um sistema de apoio que auxiliem no diagnóstico e terapêutico; um sistema de assistência farmacêutica, com profissionais farmacêuticos de dispensação de medicação como também o farmacêutico clínico que auxiliem a atenção primária; como também tem o telesaúde auxiliando no cuidado; e os sistemas de informação em saúde.

As Redes de Atenção Saúde definidas como prioritárias são Rede Cegonha, Rede Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgência e Emergência, Rede de Atenção Doenças Crônicas e Rede de Cuidado a Pessoa com Deficiência. A Rede que este trabalho se debruça a estudar é a Rede de atenção Psicossocial, para tanto será apresentada em um subitem deste capítulo.

3.2.1 Sobre a Renda Mental

A Portaria 3088 de 2011 (BRASIL, 2011 a) institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. A portaria determina que a RAPS deve ser articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender às pessoas em sofrimento e ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e ou do consumo de álcool, crack e outras drogas.

A RAPS deve considerar as especificidades locoregionais, com ênfase nos serviços com base comunitária. Quando se fala de especificidades locoregionais, cabe lembrar que o SUS é dividido em regiões de saúde, que segundo o Decreto 7.508 (BRASIL, 2011 b) é:

Um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Deve considerar as especificidades locoregionais com ênfase nos serviços com base comunitária. Atua na perspectiva territorial, conhecendo suas dimensões, gerando e transformando lugares e relações.

Os objetivos da RAPS são:

- I - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - Promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III - Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

A RAPS é constituída por sete componentes:

- I - Atenção Básica em Saúde;
- II - Atenção Psicossocial Especializada;
- III - Atenção de Urgência e Emergência;
- IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- V - Atenção Hospitalar;
- VI - Estratégias de Desinstitucionalização; e
- VII - Reabilitação Psicossocial

A Atenção Básica em Saúde tem um importante papel de porta de entrada na rede e não é diferente para usuários de substâncias psicoativas (SPAs). Deve realizar ofertas de cuidado a usuários, identificar aqueles com história de ruptura dos laços sociais, identificar usuários de SPAs como também os portadores de transtornos mentais, que tipo de medicamentos esses utilizam por exemplo. Assim devem ofertar tratamento mais adequado para cada caso, tendo em vista as perspectivas da política pública de Redução de Danos, e se necessário articular com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município para o desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais. E nos municípios sem CAPS quem deve dar conta deste tipo de cuidado é a atenção básica ou ambulatórios de hospitais, a partir de pactuações entre gestores municipais de saúde, com consórcios intermunicipais da região de saúde.

Enquanto dispositivo de maior capilaridade com a comunidade, deve mapear e a identificar usuários disfuncionais e, em articulação com as equipes dos CAPS, propor abordagens conjuntas para estes usuários, como ações de redução de danos ou ofertas de tratamento (BRASIL, 2011c).

Dentro do componente de atenção básica se tem cinco outros serviços: Unidade Básica de Saúde ou Saúde da Família (UBS), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua, Atenção Residencial de Caráter Transitório e os Centros de Convivência. Para elucidar o papel de cada um cabe lembrar portarias de cada um deles.

O NASF segundo a Portaria GM 154 de 2008 (BRASIL, 2008) tem como objetivo a ampliação da abrangência das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Bem como realizar a função apoio as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e no cuidado compartilhado. Então o NASF serve para realizar um suporte tanto técnico quanto clínico para atenção aos usuários em conjunto com as unidades de saúde da família. Podem ser feitas consultas em conjunto, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

Em articulação com o NASF, a atenção básica pode realizar consultas, ações de promoção da saúde, ações de educação em saúde junto ao Programa de

Saúde na Escola (PSE), oficinas, ações de redução de danos, ofertas de cuidados básicos em saúde, mobilização de rede social de cuidado com (CRAS, CREAS), oferta de inserção de rede de atenção (BRASIL, 2011b).

Existem também Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas, onde vão estar a equipe de Consultório na Rua e a Equipe de apoio aos serviços do componente de atenção residencial de caráter transitório. Os Consultório na Rua atuam com equipe itinerante ofertando ações e cuidados de saúde a população em situação de rua. Segundo a Portaria GM 122 de 2011 (BRASIL, 2011d) o objetivo principal de levar o cuidado a usuários que se encontram desassistidos e sem vinculações com os serviços de saúde. As abordagens desenvolvidas in loco privilegiam a escuta e a redução de danos como estratégia de aproximação e cuidado dos usuários fora de ambientes institucionalizados. Consideram o estreito relacionamento existente entre o público alvo e aqueles que fazem parte da rede de relacionamento, como fatores de agravamento ou redução das condições de vulnerabilidade.

As equipes de consultório na rua não só ofertam cuidado psicossocial como também realizam cuidados básicos com feridas, vacina, pré-natal como também avaliação psíquica das pessoas que estão em situação de rua. A diversificação de ofertas não baseadas exclusivamente na abstinência dessa população desassistida e vulnerabilidade permite que se crie um movimento de aproximação entre ela e o serviço de saúde. A clínica a ser desenvolvida deve ser referenciada na singularidade do sujeito e no respeito ao seu *modus vivendi* (como pessoa vive, suas relações interpessoais e sua rede), na integralidade do cuidado e na atuação no território do usuário enquanto conceito além do geográfico, que abrange o espaço simbólico de bens materiais, individuais, coletivos, com suas relações interpessoais, políticas e culturais. Devem ser oferecidas ações de cuidados básicos de saúde, atividades de abordagem, orientação, prevenção e assistência, e manejo das demandas para tratamento voltado para o uso de álcool e outras drogas, como dito anteriormente.

A equipe de apoio aos serviços do componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório também itinerante, mas muitas vezes alocada nas UBS, oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção. Essa equipe multiprofissional coordena o cuidado e presta serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com outros pontos de atenção da rede.

O Centro de Convivência é unidade pública onde são oferecidos à

população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. Esses centros são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

A atenção psicossocial especializada se dá a partir de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de acordo com a Portaria GM 336/2002 (BRASIL, 2004 a), podem ser classificados como CAPS I, CAPS II, CAPS III e poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS AD e CAPS AD III.

O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

As seis modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características do perfil de indivíduos atendidos. Esses serviços de saúde devem estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua abrangência territorial tendo em vista o princípio a territorialização. Deverão prestar atendimentos em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme sua modalidade de atendimento.

Os CAPS deverão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar. Entretanto só poderão existir dentro de área física de um hospital geral ou mesmo terreno se tiverem acesso privativo e uma equipe de profissionais própria.

O CAPS I tem capacidade operacional para atendimentos em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. É coordenado por um gestor local, que organiza a demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território adscrito; tem capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, de acordo com a determinação do gestor local. Coordena as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território. Supervisiona e capacita as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, mantém atualizado o cadastramento dos pacientes que utilizam

medicamentos da área de saúde mental dentro de sua área de abrangência. Funciona no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, de segunda a sexta-feira. Tem equipe mínima de nove profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e têm como clientela usuários adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A equipe técnica mínima, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por: 01 (um) médico com formação em saúde mental; (um) enfermeiro; 03 (três) profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico); 4 (quatro) profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão) (BRASIL, 2005). As atividades desenvolvidas pelo CAPS I incluem: atendimento individual (à família, medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social.

O CAPS II é um serviço de médio porte e a clientela típica deste serviço é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Possui equipe mínima de 12 profissionais, entre nível médio e superior. Tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes.

Os CAPS do tipo III são destinados a um território com população acima de 200.000 habitantes com funcionamento de 24 horas por dia em todos os dias da semana e feriados, em sua maioria, nas grandes metrópoles brasileiras. A equipe mínima para estes serviços deve contar com 16 profissionais, entre nível médio e superior, além de equipe noturna e de final de semana. Possuem no máximo cinco leitos, realizam, quando necessário, acolhimento noturno e internações de curta duração (BRASIL, 2005). Para os casos de permanência em leitos noturnos, a ocupação não pode exceder sete dias consecutivos ou dez dias não consecutivos. Esse perfil de CAPS funciona como regulador de leitos de internação em hospitais psiquiátricos no âmbito do seu território ou dos municípios para os quais seja referência. É a mais complexa modalidade de CAPS para a prestação do 24 atendimento em transtornos mentais ou de abuso de substância psicoativas. Não há limite de idade para a utilização dos serviços e o atendimento ao usuário inclui,

além de medicamentos e psicoterapia, visita/atendimento domiciliar e atendimento à família.

Existem também os CAPSi do tipo II que são destinados às crianças e adolescentes e concebidos para atender preferencialmente portadores de transtornos mentais graves, mas podem atender, eventualmente, usuários de álcool e outras drogas até 18 anos de idade. Tem equipe mínima de 11 profissionais de nível médio e superior. Os CAPS ad, são especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas (incluindo álcool e outras drogas). Pode ter uma equipe composta por 13 profissionais de nível médio e superior. Tem ênfase na redução de danos para tratamento e recuperação, estimulam a aquisição de novos hábitos, visando à diminuição de internações hospitalares para desintoxicação e outros tratamentos.

Os CAPS deverão funcionar com as seguintes características: - Responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; - Possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou módulo assistencial, definido na Norma Operacional Básica à Saúde (NOAS, 2002), por determinação do gestor local; Coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão das unidades hospitalares psiquiátricas no território e/ou módulo assistencial; Realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental, e medicamentos excepcionais, dentro de sua área assistencial; Funcionar das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas. (BRASIL, 2004 a)

Os CAPS do tipo II, CAPS i e CAPSad poderão comportar um terceiro turno de funcionamento até às 21 horas. Os CAPS ad deverão manter ainda de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso. Segundo a Portaria 336/2002 o atendimento intensivo é destinado aos pacientes que necessitem de acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, mas não precisam estar diariamente no CAPS; e atenção não-intensiva destina-se aos 25 usuários que em função do quadro clínico podem ter uma frequência menor no serviço. O CAPS ad III se destina a proporcionar atenção integral e contínua a usuários com transtornos mentais decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com

funcionamento durante as 24 horas do dia. Tem por responsabilidade prestar assistência a uma população de 200.000 a 300.000 habitantes. Nas capitais dos Estados, os CAPS ad do tipo II passam a ser CAPS ad do tipo III. Portanto em cada região de abrangência, o município sede deverá, através de um plano de ação regional, indicar um hospital geral de referência para o CAPS ad III.

A referência regional deve funcionar como apoio qualificado a usuários que apresentem quadros de abstinência, intoxicação aguda ou agravos clínicos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. O atendimento ao paciente inclui, além de medicamentoso e de psicoterapia, visita/atendimento domiciliar e atendimento à família.

O terceiro ponto da RAPS é Atenção de Urgência e Emergência orientado pela Portaria GM 1600 de 2011 (BRASIL, 2011e) que tem cinco serviços que o compõe: SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e USF. São responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Após estabilização a pessoa deve ser encaminhada para um leito de internação em hospital geral ou para CAPS de referência.

O quarto ponto é a Atenção de Residencial de Caráter Transitório que tem dois serviços: Unidade de Acolhimento e Serviços em Regime Residencial. Serviços de Atenção em Regime Residencial, dentre os quais Comunidades Terapêuticas serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Esta Instituição deve funcionar de forma articulada com a atenção básica que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários e com o CAPS que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como, participar de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

As ações devem estar vinculadas a um Projeto Terapêutico Individual, que define o tempo de uso do recurso e o objetivo desta utilização. O Projeto Terapêutico deve ser construído com a participação do usuário e coparticipação de todo aquele que estiver referenciado na vida do albergado do mesmo. O período

de permanência do usuário é de 30 a 40 dias, aproximadamente, dependendo do Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pela equipe de referência. Por constituir um recurso de acolhimento noturno, os usuários do dispositivo poderão desenvolver atividades terapêuticas em outros serviços da rede, como os CAPS e a Atenção Básica.

Espaço terapêutico de transição e de proteção, as Casas de Acolhimento Transitório se devem se organizar de modo que o acesso deve ser prioritariamente pela rede de saúde. Sua porta de entrada, a priori, poderá ser os dispositivos integrados da rede de atenção psicossocial, os CAPS AD, podendo contar com a participação da atenção primária na retaguarda das equipes. Nesta direção, sua utilização deverá estar vinculada a um CAPS, cuja equipe irá realizar matriciamento no serviço.

Segundo a Portaria GM 2.495 de 2013 (BRASIL, 2013) a Unidade de Acolhimento é um ponto de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O tempo de permanência na Unidade de Acolhimento é de até seis (06) meses. O acolhimento neste ponto de atenção será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

As Unidades de Acolhimento (UA) consistem em casas de albergamento de usuários da rede de atenção psicossocial em tratamento para transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Funcionam como albergues 24 horas constituídos para potencializar as ações de saúde mental da rede de atenção, dando maior institucionalidade e continuidade ao cuidado. As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas modalidades: Unidade de acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do Crack, Álcool e Outras Drogas, maiores de 18 anos; Unidade de Acolhimento Infantojuvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos).

As UAs são serviços substitutivos de saúde intermediários entre as unidades/leitos de desintoxicação hospitalares e os serviços em meio aberto oferecidos atualmente pelos CAPS AD. Tem a proposta de intervenção breve ou de

impulsionar o início de um tratamento protegido das drogas, de curto ou médio prazo, que respeite o contexto cultural, social e familiar do usuário, sua capacidade e disponibilidade de adesão, ou seu desejo de interromper ou apenas reduzir seu consumo. Deve ser importante dispositivo alternativo de natureza intersetorial, articulado com os diferentes serviços e apoios sociais, culturais, assistenciais, comunitários, inclusive de segurança pública.

Existem ainda outras estratégias de desinstitucionalização que são compostas por iniciativas que visam a garantir o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos - que são pontos de atenção desse componente são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros. O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente. Programa de Volta para Casa é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei 10.708/2003, que provê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

Depois de apresentar os pontos da RAPS preconizados nas legislações, será exposto a RAPS do território em que atuei como enfermeira pelo Programa de Saúde Mental Coletiva da UFRGS. A partir de minha atuação e percepções irei apresentar as potencialidades da Atenção Primária em Saúde em promover saúde mental na RAPS de um Distrito Sanitário de Saúde de Porto Alegre no próximo subcapítulo desta monografia.

3.3 SOBRE A RENDA FURADA

Neste capítulo apresento a situação da RAPS que ví e vivi no distrito sanitário leste nordeste, onde atuei como enfermeira residente em saúde mental coletiva. Assim como problematizações sobre questões encontradas durante meu percurso na saúde mental.

Para a apresentação desta renda cabe dizer como conheci e reconheci esta rede. Já tinha ouvido opiniões sobre a precariedade da saúde na região RAPS LENO, enquanto acadêmica de enfermagem na UFRGS, e me questionava como funcionava esta rede tão frágil. Este ano, na residência, tive a oportunidade de exercer atividades assistenciais em uma Unidade Básica de Saúde nesta Região.

A partir de 16 horas semanais de assistência, organizava minha agenda de maneira que nas segundas-feiras pela manhã e tarde eu fazia terapia individual, o que corresponde a atendimento individual na enfermagem, com usuários da unidade, acompanhamento de casos com tuberculose, HIV/AIDS, reuniões da rede e à noite grupo de meditação. Nas terças-feiras pela manhã grupo de acolhimento de saúde mental, escutas individuais e outras reuniões de rede. E nos sábados participava de um Coletivo de Horta Comunitária do Parque Chico Mendes. As reuniões que participei foram Rede Geral, Redinha, Fóruns RAPS LENO, Reunião com Conselho Local de Saúde e matriciamento de casos adulto e infância.

Nesse processo de formação do eu, enquanto enfermeira especialista em Saúde Mental Coletiva, pude me perder no território mesmo já conhecendo de alguma forma. Pude reconhecer os pontos da rede sem uma prévia apresentação formal de reunião de apresentação e sim um “chegar chegando” nos serviços de saúde, assistência social e centros de convivência comunitários.

Tentei usar o que aprendi nos primeiros dias de aula teórica desta Residência, segundo Palombini (2009) a melhor maneira de conhecer uma cidade é perder-se nela. E penso que posso acrescentar ainda, que para se conhecer um território tem de se permitir se perder. Cabe trazer ainda (BENJAMIN, 1995, p. 73) que

Saber orientar-se numa cidade não significa muito. No entanto, perder-se numa cidade, como alguém se perde numa floresta, requer instrução. Nesse caso, o nome das ruas deve soar para aquele que se perde como o estalar do graveto seco ao ser pisado, e as vielas do centro da cidade devem refletir as horas do dia tão nitidamente quanto um desfiladeiro.

Acompanhei Agentes Comunitários de Saúde no mapeamento do território, caminhei pelo parque, acompanhei agente de endemias em visitas domiciliares, almoçava em bares da região, sempre com um olhar atento e cuidadoso. E nesse olhar, e na perspectiva de dar continuidade a trama deste trabalho, dou seguimento contando da renda e reconhecimento do território e da rede pensando no município, num olhar macro para ir para um olhar micro.

Assim sendo o município de Porto Alegre (RS) possui uma extensão

territorial de 496.682 km, tem 81 bairros criados por lei e, segundo dados do IBGE a população estimada de 2016 é de 1.481.019 habitantes. Os serviços do SUS estão distribuídos nos territórios dos 17 Distritos Sanitários (DS), e para cada distrito sanitário estão definidos os limites geográficos e sua população, com vistas ao estabelecimento do conjunto de serviços a serem ofertados, regionalizando-os. A partir disso esses se agrupam em 8 Gerências Distritais (GD). Os DS são: Ilhas, Humaitá/Navegantes, Centro, Noroeste, Norte, Eixo Baltazar, Leste, Nordeste, Glória, Cruzeiro, Cristal, Sul, Centro-Sul, Paternon, Lomba do Pinheiro, Restinga e Extremo-Sul. As Gerências Distritais de Saúde são: Sul-Centro-Sul, Leste-Nordeste, Centro, Noroeste-Humaitá-Navegantes-Ilhas, Partenon-Lomba do Pinheiro, Glória-Cruzeiro-Cristal, Norte-Eixo-Baltazar, Restinga-Extremo-Sul.

Um dado de realidade necessário de ser pensado é o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), esse considera as mesmas dimensões do IDH Global, a longevidade, educação e renda. O IDHM adequa à disponibilidade de indicadores nacionais. Assim esse permite conhecer a realidade do desenvolvimento humano do território brasileiro. O site Observa PoA a cidade apresenta um IDHM no ano de 2010 de 0,805.

A Gerência Distrital Leste/Nordeste (LENO) foi campo de atuação desta residente, ela é composta por região leste que por sua vez é composta pelos bairros: Bom Jesus, Chácara das Pedras, Jardim Carvalho, Jardim do Salso, Jardim Sabará, Morro Santana, Três Figueiras e Vila Jardim. Segundo o site Observa PoA a Região tem 114.309 habitantes, representando 8,11% da população do município, com área de 15,41 Km², representa 3,24% da área do município, sendo sua densidade demográfica de 7.417,85 habitantes por Km². A taxa de analfabetismo é de 2,62% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 4,77 salários mínimos. E possui IDH de 0,777.

É também composto pela Região Nordeste com o bairro Mário Quintana. A Região tem 37.234 habitantes, representando 2,64% da população do município, com área de 6,78 km², representa 1,42% da área do município, sendo sua densidade demográfica de 5.491,74 habitantes por km². A taxa de analfabetismo é de 5,8 % e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 1,68 salários mínimos. Possui um IDH de 0,638, que segundo o site Observa PoA a região Nordeste não alcança o valor médio do restante do país que é de 0,727 no ano de 2010.

Entretanto todas essas informações são datadas de 2010, porém como é um site da instituição Porto Alegre, foi exposto para demonstrar o quanto essa não atualiza suas informações. O que por conseguinte pode se questionar se esta instituição respeita a Lei nº 12.527/2011, que regulamenta o direito, previsto na Constituição, de qualquer pessoa solicitar e receber dos órgãos e entidades públicos, de todos os entes e Poderes, informações públicas por eles produzidas ou custodiadas.

Contudo no Plano Anual de Saúde em vigor (2014 a 2017) publicado no site da Prefeitura existem informações mais atuais, do ano de 2013, o que também diz de algo da instituição. Cabe esclarecer que para que ocorra o repasse financeiro fundo à fundo nas três esferas de governo, deve haver um plano de saúde e a prestação de conta quadrimestralmente no ano.

A região nordeste possui uma população de 130.769 habitantes, sendo 71.719 mulheres e 59.049 homens. E região leste com 112.448 habitantes, sendo 59.898 mulheres e 52.550 homens.

E diante desses habitantes e demandas leio no plano de saúde que em Porto Alegre ainda não há dados epidemiológicos que possam subsidiar um diagnóstico preciso sobre as condições de saúde mental da população, e que pode se inferir, a partir de dados dos relatórios de gestão 2011/2012, que o número de internações psiquiátricas indica que a assistência em saúde mental através de serviços substitutivos e de base territorial ainda é insuficiente para a demanda populacional.

Então me debruço a pensar na renda bonita e a renda que se quer, e considero relevante, alinhavar uma costura diante de um rasgo na renda apresentado no próprio planejamento da saúde do município. Assim construo o Quadro 1 sistematizando os sete componentes da RAPS segundo a Portaria 3.088/2011, pensando na disposição de serviços e quantidades desses.

QUADRO 1 - SERVIÇOS RAPS LENO

COMPONENTES DA RAPS	TIPO DE SERVIÇO	QUANTIDADE
I – Atenção Básica em saúde	UBS	5
	ESF	14
	Consultório na Rua	0
	Atenção Residencial de Caráter Transitório	0
	Centros de Convivência;	0
II - Atenção Psicossocial Especializada	CAPS II	1
	CAPS i	1
III - Atenção de Urgência e Emergência	SAMU	
	Sala de Estabilização	
	UPA 24 horas	1
	Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro	1
IV - Atenção residencial de Caráter Transitório	Unidade de Recolhimento	0
	Serviços de Atenção em Regime Residencial	0
V - Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral	
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas	
VI - Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos	
VII - Reabilitação Psicossocial		

Autora, 2017

Após identificar a renda furada a partir de alguns zeros que demonstram ausência de serviços e vazios que indicam que os serviços são municipais e de referência para a própria cidade entre outras da Região de Saúde. Problematizações sobre o que vi e vivi na unidade de saúde são necessárias.

Assim como mostrar os alinhavos que aprendi a dar na renda que se quer. E a partir desses novos entrelaçamentos de fios surge a potência transformadora da atenção básica em dar continência no cuidado em saúde mental coletiva.

Cabe elucidar, que por um posicionamento político desta militante da Reforma Psiquiátrica e de uma Saúde Mental Coletiva, não foi acrescido ao Quadro 1, de Serviços RAPS LENO as duas Equipes Ambulatoriais de Saúde Mental Adulto e de Infância e Adolescência. Além de considerar a escrita como uma forma de fazer política, esses serviços não são preconizados na Portaria da RAPS; são, por conseguinte, um arranjo paliativo de gestão para responder a grande demanda.

Na UBS participei dos acolhimentos, e todas as terças-feiras surgiam novos casos. Assim como na cadeira do dentista e no Programa de Saúde na Escola (PSE) surgiam outros.

Os casos surgiam a equipe avaliava se conseguiria dar conta com os dispositivos que a UBS tinha. Quando não conseguiria dar continência no cuidado, eram encaminhados para a equipe de Saúde Mental Adulto e de Infância e Adolescência da Gerência Distrital. A passagem de casos ocorria uma vez por mês. Cada UBS e ESF só poderia passar um caso por reunião, exceto se umas das unidades de saúde não encaminhasse um caso ou faltasse na reunião, então abria-se uma vaga para outro caso. Esse encaminhamento tão pequeno poderia gerar uma demanda reprimida grande e que posteriormente o usuário poderia agudizar e depois acabar internando e assim gerar altos índices de internação. E confesso que ver esse buraco na rede me angustiava muito, pois eu queria resolver e sabia de serviços muito bons que poderiam dar conta, mas realizei um exercício de paciência e apenas observava a dinâmica das mãos habilidosas na tecedura.

Paulon et al (2010) apresenta que a experiência cotidiana de trabalho na rede básica demonstra que saúde mental não pode ser desvinculado dos demais problemas de saúde. Ainda lista que os transtornos mentais de modo geral (alcoolismo, a depressão, as tentativas de suicídio e o uso indiscriminado de fármacos) são casos de grande incidência nas comunidades e que são atendidos em ESF. No caso dessas unidades de saúde ainda se tem o apoio matricial realizados pelos NASFs, mas e as UBS?

Além de todos os atravessamentos das expressões da questão social gerando transtorno mental também se tinha uma rede muito frágil. Dentre as fraquezas encontradas a principal delas está na ausência de serviços tanto na saúde quanto da assistência social. Em uma das vezes que tive de articular na

rede, conheci o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Serviço de Assistência a Família (SAF) da região. A assistência social apresenta maiores dificuldades ainda, com apenas três assistentes sociais para o território leste, tendo em vista um dos menores IDH do município. É tanta falta... Que o que se faz é muito, diante da escassez de recursos para trabalhar. E o trabalhador se doa de tal forma que a longo prazo quem sabe poderá ter sofrimento com isso.

Existem dois CAPS, um CAPS II HCPA e outro CAPS I HCPA destinados a atenderem a Gerencia Distrital, mas que não ficam no território e ainda são compartilhados com GD PLP, segundo plano anual de saúde de 2013. Entretanto a gestão municipal desta política pública organizou arranjos para atender a demanda. Assim Porto Alegre tem nesta GD uma Equipe Saúde Mental Adulto, uma Equipe de Matriciamento e uma Equipe Infância / Adolescência, que são equipes que atendem em regime ambulatorial, com poucos profissionais.

Assistência em saúde mental se dá por encaminhamento das unidades de saúde através do matriciamento. Entretanto, as equipes especializadas, que deveriam ir até as unidades de saúde, não dispõem meio de locomoção institucional para realizarem discussão de casos nas unidades de saúde. Então os trabalhadores das unidades de saúde vão com seus carros até as equipes especializadas para levar casos do serviço de saúde. Não existem opções de vale-transporte ou um carro específico para realizar tal atividade, o que poderia gerar desgaste no profissional que se doa para o emprego mais do que deveria.

A secretaria de saúde de Porto Alegre organizou arranjos de ter ambulatórios com Equipes de Matriciamento Adulto e Infantil, citadas anteriormente, para atender casos de saúde mental que a atenção primária em saúde não conseguisse dar conta. Entretanto essas equipes hoje são extremamente fragilizadas, haja vista a quantidade de profissionais que essas têm. A equipe de saúde mental adulto desta região tem dois psiquiatras que trabalham juntos 40 horas semanais, um com 30 horas e outro com 10 horas; três psicólogos de 40 horas cada um, totalizando 120 horas. Tem uma equipe de saúde mental infantil com um psiquiatra com uma carga horária de 30 horas semanais e dois psicólogos com 30 horas semanais cada um, totalizando 60 horas.

Então *que eu* reaprendi a acolher, mas não um acolhimento de livro, mas sim a fazer uma acolhida política. E é a partir do contato inicial com a demanda que se organiza ela. Aprendi que o fazer saúde é um ato político desde o acolhimento, desde a primeira escuta.

Durante o período que estive na unidade de saúde pude perceber as potencialidades apresentadas pela instituição em responder às demandas da comunidade. O acolhimento da UBS era algo inovador para mim, porque compreendia questões de saúde mais amplas, como dinâmicas sociais, rede de saúde e assistência em saúde mental especializada, promovia; por conseguinte educação em saúde e fazia política.

O médico da unidade e preceptor da residência, apresentava a rede, contava que tem 14 ESF, 5 UBS, uma equipe de matriciamento de saúde mental adulta, uma equipe infantil. Descrevia a equipe de cada um dos serviços, o que deixa os usuários do serviço incomodados. Informava que se conseguiria passar para equipe especializadas um caso dos 40 que recebe por mês, o que gerava novamente desconforto nos pacientes.

Embora se trouxesse problematizações, também se apresentavam possibilidades de mudança, de transformação e, por conseguinte de motivação e empoderamento do cidadão diante das questões de saúde pública. Neste momento se convidava o usuário a participar do controle social da saúde. O que para maioria era novidade, ser político e fazer valer o desejo do usuário. Informava-se os dias de reunião de conselho local de saúde, conselho distrital e conselho municipal de saúde de forma motivadora; demonstrando assim, que com participação popular pode se pensar saúde coletiva.

E ainda para dar continuidade aos alinhavos dos buracos da renda, se apresentava os grupos que tem na unidade, no centro comunitário e os atendimentos individuais com o médico da unidade e com os residentes.

No acolhimento de saúde mental não se comenta que o CAPS que deveria assistir a região é o do HCPA, que está tão longe da região quanto à assistência de que deveria prestar, além do que para ser acessado deve passar pela reunião de matriciamento posterior a reunião de equipe e depois discussão de serviços. Existe uma avenida inteira de distanciamento, do extremo norte da cidade até o centro, onde fica o CAPS. Esse distanciamento diminui possibilidades de acesso, esse ponto negativo é acrescido pela vulnerabilidade social da região.

Fico chateada e com um sentimento de frustração ao perceber que o serviço cheio de profissionais, com equipe muito qualificada que deveria dar assistência especializada em saúde mental é algo fechado e de difícil acesso. O CAPS do HCPA foi onde iniciei minha formação em saúde mental, onde aflorou o desejo de trabalhar com a temática, onde o reforço positivo de professores e pacientes

serviram de fomento para minha escolha profissional, e hoje aquele lugar me gera desconforto. Identifico que esse serviço é muito bom, tem profissionais extremamente qualificados, com currículo *lattes* em grande, tem muito material para produção de oficinas e grupos, tem até salas sem goteira e com ar condicionado, mas e o usuário daqui? É um lugar de excelência, que tem tudo, só não tem os pacientes que pacientemente aguardam por assistência.

Quando eu estava lá, achava tudo muito lindo, pois tinha tudo, tinha material, tinha medicação de ponta, tinha profissional especialista do especialista, tinha “rede”. Percebia saúde mental sendo desenvolvida com olhar crítico com base em literatura de enfermagem psiquiátrica e evidências. Entretanto olhando daqui e agora com outras bases bibliográficas, vejo que lá não é tão lindo assim. Aquela instituição é um mundo à parte, que o paciente só entra se ele couber no CAPS. Quando uso o verbo caber, quero dizer de: se o paciente tem como ir até o CAPS (passagem, cognição para pegar o ônibus certo), se ele será acolhido e se ele interessa em alguma pesquisa de algum estudioso de lá. De modo geral percebo que quem sabe os usuários daqui não cabem lá, pelo primeiro ponto que listei, às vezes estes cidadãos daqui não tem nem o que comer quem dirá passagem para atravessar a cidade. É tanta falta que vi aqui, que sobra espaço para o sofrimento e o transtorno mental ocupar. É tanta supressão de direitos que o sofrimento toma conta. É tanta falta de alegria, que a tristeza se acha junto com balas perdidas.

Mesmo com tantas coisas negativas ainda se tem profissionais implicados com suas funções e executam para além do mero dever de servidores. Aqui na atenção básica se tem grupo de Horta, sem projeto previamente aceito, porque a burocracia não aceitaria rapidamente e as pessoas têm fome; aqui se tem terapia comunitária, porque a comunidade precisa se cuidar coletivamente sem depender do Estado, mesmo sabendo que quem sustenta o Estado são impostos recolhidos dos indivíduos de média e baixa renda, que são a maioria neste país; aqui se tem grupo de meditação, porque se não pararmos coletivamente para fazer auto análise e freamos esta busca incessante por alguma coisa, por uma felicidade condicionada a vida fica perdida. Aqui se tem grupo de arte terapia com materiais que a médica da unidade compra porque ela acha que deve se doar mais em prol do bem estar de seus pacientes.

E sobre a arte dos encontros... Foi um grande encontro ter tido a possibilidade de fazer parte da minha formação aqui. Andei errante pela

comunidade e pude ter vários encontros com a *praxis* de saúde mental coletiva, encontros com a própria morte (com os corpos de pessoas executadas pelo tráfico); como também com serviços da assistência social e fazer rede de conversinhas com eles, para lidar com casos; com colégios; com creches; com pacientes morando em cima de esgoto; com cidadãos morando em centros de reciclagem; com umas “irmãs da igreja”, que praticam muito cuidado; um grupo de horta comunitária muito lindo. E em cada atendimento individual que realizei.

Percebo a potencialidades da unidade em atender demandas de saúde mental da comunidade a partir do momento que se organiza para dar continência nos cuidado dos usuários de maneira que segundas feiras tem grupo de arte-terapia à tarde, à noite meditação e o Conselho Local de Saúde se reúne no serviço de saúde pela manhã; terças-feiras tem Roda de Conversa de Terapia Comunitária à tarde no Centro Comunitário e Sarau Cultural no final da tarde na frente da unidade de saúde; nas quartas-feiras pela manhã tem Grupo de Meditação e na primeira quarta-feira do mês o Conselho Distrital de Saúde se reúne no final da tarde no Centro Comunitário; nas quintas-feiras pela manhã tem Roda de Conversa de Terapia Comunitária no centro comunitário e nas sextas-feiras pela manhã reunião de equipe com discussão de casos e no turno da tarde aurículo-terapia.

E no movimento de me perder pelo território com uma usuária da unidade, com quem eu fazia acompanhamentos terapia individual, pude encontrar cuidado com as irmãs da igreja evangélica e articulavam atividades com a Agente Comunitária de Saúde. Nesse encontro descobri outras cinco igrejinhas, desse mesmo tipo, que cuidavam de seus fiéis em sofrimento de mental de alguma forma, que esses por sua vez abrandavam suas dores de forma simples através dos grupos de canto, grupo de brechó e do grupo de culinária. Hora esses grupos eram na igreja, outras vezes se organizava um mutirão e se se fazia brechó na unidade de saúde.

Na prática de acompanhamento terapêutico dos usuários que atendia, pude observar o ambiente terapêutico se formando para além da sala fechada da unidade de saúde, me senti e percebi fazendo uma clínica sem muros segundo Palobini (2008). O vínculo se formando quando a usuária me levou para mostrar onde ela gostava de ir à comunidade (ambiente de trabalho, creche do filho, manicure e todos as inter-relações que aconteciam na caminhada). E percebi que a disposição que eu tinha de estar perto do usuário, com transtornos mentais, alguns

profissionais da equipe também tinham, e que para além de disposição de fazer uma caminhada, tinha disposição para sentar com o usuário e fazer *curriculum vitae* e procurar emprego na *internet*.

Identifiquei que mesmo sem um preparo baseado em literaturas da psicologia e de psiquiatria, a cadeira do dentista se transformava em divã. As consultas de assepsia, retirada de tártaro e cárie, que poderia ser feita em 30 minutos, sempre que necessário ultrapassavam o horário previamente estipulado, porque a escuta acolhedora transbordava a rigidez de uma agenda. A empatia e o olhar de um ser humano para outro transcende a execução da tarefa.

E ainda falando sobre os afazeres, realizei visitas domiciliares e encontrei muita miséria, mas muito esforço da equipe em ofertar a melhor terapêutica para o usuário. Encontrei entraves com SAMU para buscar pacientes com transtornos mentais graves em casa, porque era uma zona de tráfico intenso e eles não poderiam ir sem a presença da polícia militar. Mas por outro lado encontrei um CRAS e assistentes sociais que usavam do próprio veículo para fazer o trabalho andar.

Encontrei agentes comunitários de saúde que visitavam os casos mais graves diariamente para saber como estavam e me trazer informações até via *WhatsApp* para que o cuidado se efetivasse. Achei uma disponibilidade muito grande em estar perto e acompanhar, seja pelos agentes comunitários quanto pelos agentes de endemias. Se um não fosse, o outro visitava o usuário e a família em sofrimento.

E para finalizar este subcapítulo e sintetizar trabalho, estar na atenção básica foi um grande encontro, e nesse pude perceber a potencialidade dessa em fazer saúde mental coletiva. Identifico que se criam arranjos e dobras sobre a rede furada.

4 UNINDOS AS RENDAS

Considerando que a reforma psiquiátrica é um processo heterogêneo de práticas atravessadas por múltiplos planos o que faz com que apresentem diferentes configurações, conforme os contextos em que se desenvolve segundo Andrade (2012). A partir dessa perspectiva, este trabalho se debruçou a falar da RAPS LENO a partir de reflexões de uma enfermeira residente em saúde mental coletiva.

Assim este trabalho bordou a primeiramente a Renda Bonita, com a temática da Reforma Psiquiátrica de forma dada que deu em um processo histórico passado. Entretanto o capítulo não deveria ter tido um fim, pois é reforma. É um termo estratégico para de mostrar processo, em movimento, não estanque, algo não dado como concluído. Contudo como a formalidade da escrita necessita teve início meio e fim de cada capítulo com costura entre eles.

A Renda que se quer com a temática da RAPS foi trazida com a necessidade de elucidação sobre do que se fala e o que se almeja para efetivação do cuidado em liberdade. Para não se prender, nem excluir a loucura do nosso meio, tendo em vista que ela é oriunda do mesmo. Contudo para que o indivíduo em sofrimento mental seja acolhido em serviços especializados em saúde mental coletiva, de base territorial, em sua comunidade, deve se qualificar a médica complexidade. Caso isso não ocorra a mudança de modelagem; de piramidal, para roda ou mandalas, seja lá o desenho que se proponha, não irá mudar sem qualificação. E essa para essa região está em impreterivelmente na inauguração de novos serviços.

Por último foi apresentada a Renda Furada com o relato de experiência da vivência na Gerência Distrital LENO e as percepções da RAPS e as potencialidades de uma unidade básica de saúde em promover saúde mental coletiva. Falou-se de uma implicação dos profissionais com o ato de fazer saúde, de promover vidas, de alinhar e tentar cobrir os furos de uma renda furada. Observou-se também que essa costura foi arranjada porque se entende as necessidades do indivíduo, mas apresenta - se também um olhar político e militante sobre a *práxis* habilidosa de tecitura de redes. Contudo esses não são suficientes para a demanda que se tem, e só se modificará se houve interesse na gestão em qualificação efetiva da política pública de saúde mental.

Assim entendo que a Saúde Mental Coletiva, que segundo Fagundes (1995) é um processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer política, tem se dado. Este trabalho propiciou perceber que a atenção básica tem grande demanda e consegue, a partir de rendeiros extremamente potentes e implicados no cuidado, pois tramam com mãos militantes o cuidado.

Cabe salientar, que mesmo com profissionais implicados com sua práxis, e assim essa ser tão habilidosa, competente e responsável; não exime assim a gestão de resolver os furos da renda. E cabe ao controle social cobrar o que lhes é de direito. Contudo ainda cabe mais pesquisa a cerca da temática, pois como já bem dito é um processo, é uma reforma que está em movimento político de saúde mental coletiva que se quer.

REFERENCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

ANDRADE, Ana Paula Muller de. Sujeitos e (m) movimento: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes. **Tese**. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Doutorado em Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, 2012.

Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/99241/309269.pdf;jsessionid=721F64BA4D7E8B0EEA0C108CB4166B30?sequence=1>

BENJAMIN, W. **Passagens**. Belo Horizonte: UFMG, 2006. 1.167p

-----, W. **Ruas de mão única** (1987).5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995. Obras escolhidas, v.2.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** de 05 de outubro de 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 09 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **A reestruturação da atenção em saúde no Brasil**. In: II Conferência Nacional em Saúde Mental, 2.,1994. Brasília: Ministério da Saúde, 1994

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf
Acesso em:9 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336** de 19 de fevereiro de 2002.

Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
Acesso em: 9 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série F. **Comunicação e Educação em Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: 2004 a. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
Acesso em: 9 set 2016

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília: 2004 b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. GM 154 de 2008 Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 2011 a 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).

_____. **Decreto 7508 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm 2011b

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo 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). **2011c**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/Portaria2488.pdf> Acessado em 5 ago de 2016

_____. Ministério da Saúde. GM. **Portaria nº 122**, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **2011d**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html Acessado em 5 ago de 2016

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.600**, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **2011e**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html Acessado em 5 ago de 2016

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados** – 12, Ano 10, nº 12, agosto de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. 2015 b. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/SAUDEMENTAL/INDEX.PHP>. Acesso em: 9 set. 2016.

DIAS, Miriam Thais Guterres. Saúde mental no Rio Grande do Sul: marcos da mudança e desafios. In: MARTINI, Sandra Regina (Coordenadora). **Saúde, direito e transformação social**: um estudo sobre o direito à Saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2015.

FAGUNDES, Sandra Maria. Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para políticas de saúde. **Dissertação**. Programa de Pós-Graduação em Educação. Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/16185> Acessado em 5 ago de 2016

FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Orgs.). **Fim de século**: ainda manicômios. São Paulo: IPUSP, 1999. v. 1. 205 p.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

IBGE. Infográficos: Dados gerais do município de Porto Alegre (RS). Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431490> Acessado em 16 ago de 2016

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. 2 ed. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf Acessado em 5 ago de 2016

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os modelos de Atenção à Saúde** (2013). Disponível em: <http://pt.slideshare.net/SESMG/os-modelos-de-atencao-sadeeugenio-vilaa>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Declaração de Caracas**. (1990). Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saudemental/declaracao_caracas>. Acesso em: 09 set.2016.

PAIM, J.A. Saúde Mental. **Revista Luta Médica**. Bahia, 2012, p. 5-12, jun-set. Disponível em: http://www.sindimed-ba.org.br/arquivos/revista_menu/91/PDF_MENU.PDF. Acesso em 9 set. 2016;

PALOMBINI, Analice. **Acompanhamento Terapêutico na rede pública: clínica em movimento**. 2. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2008

PALOMBINI, Analice. Utopias Cidades de Nossas Andanças: Flânerie e Amizade do acompanhamento terapêutico. **Fractal: Revista de Psicologia**, v.21. n 2, 295-318 (2009) Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v21n2/08.pdf>

PAULIN, L. F. e TURATO, E. R. **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970**. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, 2004

PAULON et al (2010). Repercussões da inclusão da saúde mental no PSF: estudo comparativo em serviços da atenção básica no Rio Grande do Sul e no Rio Grande do Norte. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v10n1/v10n1a19.pdf> Acessado em 6ago de 2016

PINHO, L. B.; HERNÁNDEZ, A. M. B. ; KANTORSKI, L. P. **Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades**. *Cienc Cuid Saude* Cienc Cuid Saude 2010 Jan/Mar; 9(1):28-35 2010. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6824>

Acessado em 6ago de 2016

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **ObservaPoa**. Disponível em: http://observapoa.com.br/default.php?reg=379&p_secao=17

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SARACENO, Benedetto. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial a cidadania possível**. 2. ed. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, Te Corá, Rio de Janeiro, 2001.

SEVERINO, Antonio J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez,

2004.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.25-59, jan-abr. 2002. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>. Acesso em: 2set 2016

YASUI, S. **Rupturas e Encontros**: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.