

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE COLETIVA**

CLÁUDIA GOMES ROSSONI

**UM ESTUDO SOBRE A SAÚDE MENTAL DE SERRA-ES:
da surpresa ao encantamento**

**VITÓRIA
2006**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CLÁUDIA GOMES ROSSONI

**UM ESTUDO SOBRE A SAÚDE MENTAL DE SERRA-ES:
da surpresa ao encantamento**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Alacir Ramos Silva.

VITÓRIA, ES
2006

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

R838e Rossoni, Cláudia Gomes, 1963-
Um estudo sobre a saúde mental de Serra-ES : da surpresa ao
encantamento / Cláudia Gomes Rossoni. – 2006.
113 f.

Orientador: Alacir Ramos Silva.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo,
Centro de Ciências da Saúde.

1. Política de saúde mental - Serra (ES). 2. Serviços de saúde mental -
Serra (ES) – Organização. 3. Modelagem do serviço - Serra (ES). I. Silva,
Alacir Ramos. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de
Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

CLÁUDIA GOMES ROSSONI

**UM ESTUDO SOBRE A SAÚDE MENTAL DE SERRA-ES:
da surpresa ao encantamento**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisição final para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração de Política de Saúde.

Aprovada em 20 de novembro de 2006.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª. Drª. Alacir Ramos Silva
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof. Drº. Luiz Henrique Borges
Universidade Federal do Espírito Santo

Profª. Drª. Dilsea Adeodata Bonetti
Pontifícia Universidade Católica –PUC/SP

A meus pais, Almery e Moacir, com quem aprendi a acreditar na vida, respeitar as diferenças e a superar as adversidades.

Aqueles que constroem, cotidianamente, novos lugares para a política de saúde mental no Espírito Santo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às pessoas que, a seu modo e tempo contribuíram para a realização deste trabalho. De maneira especial:

Aos profissionais de saúde mental de Serra, pelo aprendizado, acolhimento, disponibilidade e desprendimento com que aceitaram compartilhar suas idéias e a riqueza das práticas cotidianas no serviço de saúde mental.

A Rosalie e Zenith, Secretária e Coordenadora Municipal de Saúde Mental de Serra, pelo apoio na realização da pesquisa.

A Sissa, minha orientadora, pela escolha e confiança em mim depositada, pela paciência, por acreditar, compartilhar deste desafio e pelo respeito ao meu tempo de produção.

A Jacqueline, Luiz, Schirmer e Lilia pelo apoio, amizade e cumplicidade na construção de vários sonhos. Os adjetivos são insuficientes para expressar a minha gratidão a vocês.

A Scheila, Nazareth e Luiz Cláudio, Superintendente e Gerentes da Vigilância em Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde, pelo compromisso e apoio aos trabalhadores da saúde que trilham os caminhos da academia.

Aos Professores Doutores Denise, Dilsea, Luiz Henrique, Maria Helena, Maristela e Marluce pelas contribuições manifestadas desde a entrevista de seleção até a defesa desta dissertação.

A Thailissa, pela colaboração na realização do grupo focal e pelo trabalho dedicado e cuidadoso com que transcreveu as fitas.

A minha família pelo apoio constante e incentivo, em especial a Antônio Mauro, Franciane e Gabriel pelo carinho e respeito ao meu distanciamento.

A Lourdinha, pela presença e estímulo em vários momentos da vida.

A Beto e Beth pela dedicação e cuidado dispensados ao longo destes anos.

A Francis, pela parceria, amizade e colaboração.

Neste percurso descobri uma rede de apoio e solidariedade que se expressaram através de incentivo e empréstimo de livros, dissertações e teses. Em especial a

Adolpho, Anelize, Camila, Helenice, Karen, Márcia, Mariana, Mirian, Neide Maria e Silvana.

Aos professores da Emescam cujo apoio e colaboração no cumprimento das minhas atribuições acadêmicas foram imprescindíveis para a conclusão deste trabalho.

A turma do mestrado, pelas descobertas, sonhos e crescimento. Nossos encontros foram decisivos para a criação de laços fraternos.

RESUMO

Esta pesquisa estuda as condições norteadoras da modelagem utilizada na organização do serviço de saúde mental do município de Serra, que tem nas Equipes de Saúde Mental das Unidades Regionais de Saúde um serviço extra-hospitalar para a reorientação do modelo assistencial. Pesquisa qualitativa realizada através do estudo de um caso que teve como método de coleta de dados o Grupo Focal. Foram realizados 05 (cinco) Grupos Focais com os profissionais das equipes de saúde mental, nos meses de outubro a dezembro de 2005 e os dados foram analisados em seu conteúdo, com base em Bardin. Classifica as condições norteadoras que modelam o serviço de saúde mental em duas modalidades: constituídas e constituintes. As constituídas pela política municipal de saúde mental são as que apontam a diretriz política e técnico-administrativa e as constituintes as que se referem às práticas sociais desenvolvidas no cotidiano da instituição de saúde pelos profissionais de saúde mental, a partir dos processos vivenciados por esses atores na relação com o território e a demanda em saúde. Conclui que o serviço implantado tem potencialidades e contribuições para a reorientação do modelo assistencial. Destaca que as condições constituídas foram importantes para a criação e consolidação do serviço de saúde mental, mas está centrada nas condições constituintes a modelagem deste serviço, pois é na relação cotidiana entre seus atores que se torna possível introduzir novas formas de lidar com o sofrimento psíquico e construir uma nova cultura em saúde mental. Para tanto, é necessária a ampliação de uma rede de saúde mental e uma política de educação permanente de seus profissionais para a apropriação do território e atendimento das demandas em saúde. Captar esses fenômenos foi importante para reconhecer as potencialidades do serviço na efetivação da política de saúde mental do município e apreender seus limites e perspectivas.

Palavras-chave: Política de Saúde Mental; Modelagem do Serviço; Organização do Serviço de Saúde Mental; Serra-ES.

ABSTRACT

This research studies the directed conditions of the modeling used in the organization of the Mental Health Service on Serra District that has in the Mental Health Team of the Regional Health Unities, an extra-hospital service for the reorientation of the attendance model. Qualitative research consummated through a case study that has with data collection method, the Focal Group. Five Focal Groups are realized with the mental health team professionals, in October to December months of 2005 and the data had been analyzed in its content, on the basis of Bardin. It classifies the directed conditions that shape the mental health service in two modalities: constituted and constituent. The constituted ones, of the municipal politics of mental health, are the ones that point the line of direction technician-administrative politics, and the constituent, the ones that are related to the social practices developed in the daily of the health institution for the mental health professionals, from the processes lived deeply for these actors in the relation with the territory and the demand in health. It concludes that the implanted service has potentialities and contributions for the reorientation of the attendance model. It detaches that the consisting conditions had been important for the creation and consolidation of the mental health service, but is centered in the constituent conditions the modeling of this service, therefore it is in the daily relation between its actors who if become possible to introduce new forms to deal with the psychic suffering and to construct a new culture in mental health. For in such a way, the magnifying of a net of mental health and one politics of permanent education of its professionals for the appropriation of the territory is necessary and attendance of the demands in health. To catch these phenomena was important to recognize the potentialities of the service in the consummation of the politics of mental health of the city and to apprehend its limits and perspectives.

Key-words: Politics of Mental Health; Modeling of the Service; Organization of the Mental Health Service; Serra District – ES.

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização para Internação Hospitalar
CAPAAC – Centro de Atendimento Psiquiátrico Dr. Aristides Alexandre Campos
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
HAB – Hospital Adauto Botelho
HSL – Hospital São Lucas
HPM – Hospital da Polícia Militar
IBGE – Fundação Instituto de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
PRH – Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica
PSF – Programa Saúde da Família
SRT- Serviço Residencial Terapêutico
SESA – Secretaria de Estado da Saúde
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial
SIH – Sistema de Informação Hospitalar
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
URS – Unidade Regional de Saúde

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
1.1 TEMPORALIDADE DA AUTORA.....	14
2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	18
2.1 O GRUPO FOCAL NA PESQUISA DE CAMPO.....	18
2.1.1 O uso do Grupo Focal como método na coleta de dados.....	22
2.1.2 Análise dos dados.....	24
3 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL.....	26
3.1 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO..	26
3.2 A POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL.....	31
4 A MODELAGEM DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL A PARTIR DAS CONDIÇÕES NORTEADORAS DO MUNICÍPIO DE SERRA.....	39
4.1 O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	39
4.2 A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL.....	42
4.3 AS CONDIÇÕES NORTEADORAS PRESENTES NA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL.....	47
4.3.1 Introduzindo a discussão.....	48
4.3.2 A Regionalização da Atenção à Saúde: da Região de Saúde ao território.	49
4.3.3 A ampliação do quadro de profissionais e a realização do concurso público.....	55
4.3.4 A definição de usuário do serviço de saúde mental.....	58

5 A MODELAGEM DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL: DESVELANDO ATORES, COTIDIANO E PERSPECTIVAS.....	61
5.1 OS ATORES E O PROJETO POLÍTICO-INSTITUCIONAL.....	62
5.1.1 A relação dos atores com o projeto político-institucional.....	66
5.1.2 Saúde mental na Unidade Regional de Saúde.....	68
5.2 O COTIDIANO DAS EQUIPES: PRÁTICAS E PERSPECTIVAS.....	73
5.2.1 À guisa de uma conceituação: demanda em saúde.....	73
5.2.2 A demanda em saúde: a busca por serviços de saúde mental modelando a prática.....	76
5.3 TRABALHO DE EQUIPE: A PRODUÇÃO DE ATOS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL..	82
5.4 A PERSPECTIVA: A REDE DE SAÚDE MENTAL.....	90
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
7 REFERÊNCIAS.....	99
ANEXOS.....	107
ANEXO A - GUIA DO MEDIADOR.....	108
ANEXO B-DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO ESPÍRITO SANTO.....	110
ANEXO C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A COORDENADORA DE SAÚDE MENTAL	112

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A política de saúde mental no Espírito Santo pautada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica (RP), tem priorizado a implantação de serviços extra-hospitalares, visando à reversão do modelo hospitalocêntrico por um modelo que priorize a inclusão das pessoas com transtornos mentais, através de um sistema de saúde mental integrado ao sistema de saúde.

As Equipes de Saúde Mental nas Unidades de Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatórios e os Serviços Residenciais Terapêuticos têm se constituído em serviços de saúde mental extra-hospitalares, para atender e cuidar das pessoas com transtornos mentais no Estado¹.

A criação e implementação de tais serviços no estado têm ocorrido de forma lenta, gradual, constante e diferenciada. Alguns municípios implantaram serviços na modalidade CAPS, enquanto a maioria tem optado pela implantação de Equipes de Saúde Mental (ESM) em Unidades Básicas ou Regionais para, posteriormente, de acordo com a base populacional implantar os CAPS ou outros serviços extra-hospitalares. Em 2005, no Espírito Santo, 46 (quarenta e seis) municípios apresentavam em seu sistema de saúde algum tipo de serviço ambulatorial de saúde mental, sendo que em 37 (trinta sete) municípios o serviço criado foi a Equipe de Saúde Mental em Unidade Básica de Saúde. (ESPÍRITO SANTO, 2006).

Este cenário aponta para o processo em curso no Espírito Santo: as equipes de saúde mental como um serviço extra-hospitalar vêm modelando a construção da política estadual de saúde mental, situação que contribuiu para definir como objeto da pesquisa o estudo das condições norteadoras que modelaram a organização do serviço de saúde mental do município de Serra.

¹ Nesta dissertação serão utilizados os termos: equipe para designar equipe de saúde mental; serviço para designar serviço de saúde mental; usuário (s) para designar usuário (s) de saúde mental e profissional (ais) para designar profissional (ais) de saúde mental.

O município de Serra se encontra dentre aqueles que estruturam equipes de saúde mental em Unidades Regionais de Saúde (URS) para atender e cuidar das pessoas com transtornos mentais. A opção por este município foi seu percurso político-institucional que, ao assumir a responsabilidade pela gestão da saúde, criou em 1998 o serviço de saúde mental e vem, paulatinamente, ampliando a atenção em saúde mental não sofrendo solução de descontinuidade com as mudanças de gestão ocorridas nos processos eleitorais.

Nesta pesquisa buscou-se estudar as condições norteadoras da modelagem adotada na organização do serviço de saúde mental do município levando-se em consideração sua implantação e modelagem a partir do processo vivenciado, dos embates, da constituição na prática e identificando os principais elementos integrantes deste processo.

Esses elementos estão relacionados ao processo de constituição do serviço tomando-se como base a compreensão e a relação dos atores com o projeto político-institucional e a inserção da saúde mental na URS. Portanto, os sujeitos desta pesquisa são os profissionais de saúde que integram as equipes de saúde mental das URS sendo os responsáveis pela implementação do projeto político-institucional delineado pela política municipal e os atores privilegiados na interlocução entre o poder público e as demandas da população.

Não se pretende estudar o modelo de atenção adotado, mas sua modelagem, ou seja, os processos que conformaram esta organização. Este estudo aborda o aspecto microinstitucional da política de saúde mental do município em que a prática e relação dos profissionais em seu cotidiano na instituição de saúde se constituem como foco da pesquisa. Diversos autores (Paim, 2002, Novaes, 2004) apontam para o pequeno número de pesquisas voltadas aos serviços de saúde com o enfoque nas características dos serviços e da assistência realizada.

Já Pinheiro e Luz (2003) ressaltam que estudos e pesquisas no campo da saúde são voltados aos estudos macroinstitucionais e que um número reduzido se volta aos estudos microinstitucionais, como aqueles que visam esmiuçar a relação sobre os atores e suas práticas no cotidiano dos serviços de saúde no

cumprimento do princípio da integralidade. Para as autoras, a discussão da prática refere-se, também, a quase sempre diferença entre o modelo previamente construído e sua implantação na prática, uma vez que as condições institucionais definidas à sua execução são perpassadas pelos contextos no qual se insere a política e a interação de seus atores no cotidiano das práticas institucionais.

Nesse sentido, Pinheiro e Luz (2003) afirmam, que “[...] o agir cotidiano nas instituições de saúde se configuram como local privilegiado de estudos e de construção da integralidade em saúde” (ibidem, p. 17, 2003) e, portanto, são espaços de construção de práticas, de atenção e de cuidado em saúde.

A relevância deste trabalho reside na tentativa de buscar verificar e entender as potencialidades da atenção à saúde mental prestada a partir de um serviço de base territorial, visando aprofundar a discussão e o conhecimento acerca de sua natureza e prática cotidiana cuja base de sustentação está nos modelos de atenção psicossocial e atenção primária à saúde, bem como apontar suas contribuições e possibilidades para a política estadual de saúde mental.

1.1 Temporalidade da Autora

O interesse pelo campo da saúde mental surgiu ainda no período da graduação em Serviço Social no ano de 1985, motivado por um episódio no campo de estágio supervisionado em um bairro da Grande Vitória, constituído a partir de um processo de ocupação, cujos moradores estavam mobilizados em torno da organização da Associação de Moradores para reivindicar direitos e melhorias na infra-estrutura local. No bairro um jovem, com transtorno mental, que vivia isolado da família e da comunidade, sem acompanhamento acusado de “perturbar a ordem” e de “colocar em risco” os moradores².

² Diante da situação o Serviço Social foi acionado para então buscar os recursos familiares e comunitários disponíveis. Após identificar os poucos recursos existentes tornou-se possível a inclusão do rapaz no atendimento prestado no Centro de Saúde de Carapina e a aproximação com a família culminando com o apoio do irmão no cuidado diário.

A experiência no estágio deixou marcas que de alguma forma foram indicando os caminhos e consolidando um interesse pela inserção profissional e aprofundamento intelectual no campo da saúde mental.

À época, o Movimento da Reforma Psiquiátrica se instalara no país produzindo um corpo teórico-conceitual e técnico-assistencial de resignificação da loucura, sendo disseminado pelos profissionais de saúde, inclusive no Espírito Santo. Esta primeira aproximação não se constituiu de imediato numa adesão ao Movimento da Reforma Psiquiátrica, mas contribuiu para repensar nos processos de inclusão/exclusão na política pública de saúde aquelas pessoas com transtornos mentais. Outras ocorreram a partir da atuação como assistente social e coordenadora no Abrigo para População de Rua de Vitória, em 1992, cujos usuários além das questões sociais apresentavam agravos à saúde decorrente do transtorno mental ou do uso indevido de álcool e outras drogas.

Essas aproximações com a saúde mental atravessada pela política de assistência social, contribuíram para a opção de trabalhar nesta área ao ser inserida, como profissional de saúde da Secretaria de Estado da Saúde. Esta inserção ocorreu ao integrar e coordenar a equipe Coordenação Estadual de Saúde Mental pelo período de oito anos (1998 a 2006), período este rico em aprendizagem, encantamento, reflexões e desafios.

Neste período acompanhei a criação do Fórum de Saúde Mental, no final de 1999, a II Conferência Estadual de Saúde Mental, com a participação de usuários-delegados, a implantação das primeiras Residências Terapêuticas e, o crescimento dos serviços de saúde mental no Estado impulsionado pelos avanços em nível nacional expresso nas normatizações, seminários, conferência e programas de avaliação como, também, pelos avanços e articulações com profissionais, gestores e usuários do estado.

Estes fatos estimularam-me a transformar em objeto as inquietações vivenciadas e compartilhadas com os profissionais de saúde, na efetivação da política de saúde mental e a necessidade de ampliar a reflexão e o estudo sobre a construção dos serviços de saúde mental no Estado.

A ampliação do campo técnico-assistencial, por si só, não garante a efetivação da Reforma Psiquiátrica (Amarante, 2001), mas sendo este um campo também importante para a efetivação da política aliada à característica do Estado na efetivação de sua política é que define como objetivo geral deste trabalho identificar a modelagem utilizada na organização dos serviços de saúde mental.

Este trabalho está estruturado em seis capítulos. Inicialmente são apresentadas as considerações iniciais e a temporalidade da autora, para no capítulo seguinte apresentar as considerações metodológicas em que se demonstra o percurso seguido e a utilização do Grupo Focal como método de coleta de dados.

Na seqüência é feita uma breve contextualização da política de saúde mental, em âmbito nacional e estadual, por entender que estas apontam a diretriz e os princípios e, cada uma em sua processualidade, tem contribuições e avanços para a consolidação do campo da saúde mental como política pública, nele incluídos os desafios a serem superados.

A seguir são apresentadas as condições norteadoras que modelaram o serviço de saúde mental do município. Na primeira parte são descritos o sistema municipal de saúde e a organização das ações em saúde mental. A segunda traz com resultado da pesquisa a definição das condições norteadoras: constituídas e constituintes, presentes na organização do serviço, sendo que nesta são focalizadas as condições norteadoras constituídas, analisadas à luz dos depoimentos dos entrevistados.

O capítulo seguinte traz a modelagem do serviço de saúde mental, constituído a partir dos processos estabelecidos pelos atores no cotidiano do serviço em sua relação com o projeto político-institucional e com a URS. Num segundo momento a demanda em saúde se configurou como pano de fundo nas discussões dos grupos, sendo esta considerada como categoria determinante da modelagem do serviço e, também, a rede de saúde mental apresentada como a perspectiva para a ampliação do serviço.

Por fim, as considerações finais trazem uma discussão mais geral dos resultados encontrados, reconhecendo a complexidade do campo da saúde mental desenvolvido num serviço de base territorial e apontando a necessidade de aprofundamento de pesquisas acerca do cotidiano desses serviços.

2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A escolha do método em toda pesquisa social deve levar em consideração os objetivos que se pretende atingir. Esta pesquisa, desde o começo, buscou estudar as condições norteadoras de modelagem adotada na organização do serviço de saúde mental e estudar as condições a partir da modelagem já apontava a intenção de capturar o processo vivenciado pelos atores sociais.

A modalidade de pesquisa qualitativa foi utilizada por considerar que esta capta os fenômenos sociais em sua historicidade, complexidade e permanente transformação, contempla a identidade entre sujeito e objeto da investigação e, por entender “[...] que qualquer pesquisa social que pretenda um aprofundamento maior da realidade não pode ficar restrita ao referencial apenas quantitativo” (MINAYO, p. 28, 1998).

Foi realizado estudo de um caso, pois este permitia um aprofundamento e certo nível de detalhamento do fenômeno a ser estudado. O que importava neste momento não é pesquisar a totalidade dos municípios do Estado e, sim, como este processo tem ocorrido no cotidiano do município de Serra, buscando compreender com maior profundidade e amplitude sua complexidade, captando as possibilidades e identificando as tendências por ele apontadas. Para apreender em profundidade esse processo foi utilizado o Grupo Focal.

A pesquisa documental, também, foi utilizada na coleta de dados e a bibliográfica foi parte integrante de todas as etapas. A primeira para conhecer o projeto político-institucional e suas diretrizes e a forma de funcionamento do serviço e a segunda para embasar a discussão teórica de todo o processo.

2.1 O GRUPO FOCAL NA PESQUISA DE CAMPO

O trabalho de campo se constitui numa etapa essencial da pesquisa qualitativa e possibilita a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados. Entende-se

como campo, nesse tipo de pesquisa, “[...] o recorte espacial que corresponde à abrangência [...] do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação” (MINAYO, p.105,2001).

Elegeu-se como unidade de análise o caso de Serra e como sujeito da pesquisa os profissionais de saúde integrantes das equipes de saúde mental das URS do município, considerado como atores sociais fundamentais para a efetivação do serviço de saúde mental. No período de realização da pesquisa o município contava com 10 (dez) equipes de saúde mental nas 05 (cinco) URS, composta por equipe multiprofissional e com vínculo profissional efetivo.

O Grupo Focal é “[...] um método qualitativo que envolve grupos não estruturados de entrevista onde o guia do grupo focal age encorajando discussões entre os participantes sobre o tópico de interesse” (SCHUTT, p. 310, 1999).

O uso do Grupo Focal enquanto método³ de coleta de dados possibilitou captar as condições norteadoras constituintes da organização do serviço de saúde mental, pois este consiste em um grupo de discussão que visa a obtenção de informações qualitativas em profundidade, visando identificar tendências e compreender as diferentes percepções dos atores envolvidos na pesquisa, tendo como essência a interação entre seus participantes para colher dados à partir de tópicos fornecidos pelo pesquisador (COSTA,2005; SCHUTT, 1999).

Para a consolidação do Grupo Focal como método qualitativo necessário se faz o suporte de um conjunto de técnicas que enfatizam o desvelamento da essência em detrimento da aparência para explorar os significados latentes, ou seja, presentes nos discursos dos atores que compõem a equipe. Foram utilizados como técnicas de suporte: o acolhimento, a entrevista em grupo, a presença do moderador e do facilitador e a forma de registro do grupo focal; gravação e transcrição das fitas.

³ O método “[...] significa o traçado das etapas fundamentais da pesquisa, enquanto técnica significa os diversos procedimentos ou a utilização de diversos recursos peculiares a cada objeto de pesquisa, dentro das diversas etapas do método [...]” (RUIZ apud ANDRADE, p. 18, 1997).

O grupo focal surgiu no campo das ciências sociais, em 1941, tendo como precursores Robert Merton e Paul Lazarsfeld. Utilizado, inicialmente, na área de marketing sua aplicação em outros campos do conhecimento em especial na saúde, ocorre a partir do meado dos anos 80, segundo Carlini-Cotrim (1996).

O Grupo Focal, como ferramenta de pesquisa qualitativa, ajuda a identificar tendências, o foco, desvenda problemas, busca a agenda oculta do problema. [...] tem como objetivo perceber os aspectos valorativo e normativo que são referência de um grupo particular. (Costa, p.181, 2005).

O grupo focal é uma importante estratégia para se tratar de questões da saúde sob o ângulo do social, “[...] porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população” (MINAYO, p.129,1999).

Costa (2005) descreve ainda, que a utilização desta ferramenta nas políticas públicas acontece em quatro momentos: na identificação de problemas, no planejamento, na implementação e na avaliação, seja para definir o objetivo da pesquisa, saber como atingi-los, ajustar os planos originais ou entender o que aconteceu na operacionalização do projeto ou serviço.

Já para Gomes & Barbosa (1999) na ampliação da compreensão a respeito de um projeto, programa ou serviço; no planejamento de programas visando conhecer as preferências e necessidades dos envolvidos; no monitoramento de um serviço em execução verificando o grau de satisfação dos usuários, dentre outros.

As vantagens apontadas por diversos autores na utilização do grupo focal residem na possibilidade de obtenção de um conjunto de informações qualitativas, com resultados rápidos e em profundidade, sem, contudo buscar o consenso, mas visando a interação e emergência de opiniões de todos os participantes.

O Grupo focal apresenta vantagens relacionadas à sinergia gerada pela participação conjunta de entrevistados; a interação entre os participantes, que enriquece as respostas; a flexibilidade para o moderador na condução do roteiro; a profundidade e a qualidade das verbalizações e expressões; [...] é altamente recomendável quando se

quer ouvir as pessoas, explorar temas de interesse em que a troca de impressões enriquece o produto esperado, quando se quer aprofundar o conhecimento de um tema (Costa, p.182/183, 2005).

Westphal et al. (1996) aponta ainda para a possibilidade de se pensar coletivamente uma temática que integra o cotidiano das pessoas “[...] pressupondo que percepções, atitudes e opiniões e representações são socialmente construídas” propiciando que a opinião e os comentários de membros do grupos levem a emergência e a reflexão de temas não explorados por outros.

A composição do grupo deve levar em conta a necessidade do pesquisador, segundo Costa (2005). Autores pesquisados concordam que deve haver homogeneidade entre seus participantes considerando-se o nível socioeconômico, grupo etário, nível acadêmico semelhante, funcionários do mesmo setor do serviço público, não sendo recomendável que estejam presentes no mesmo grupo à chefia e sua equipe de trabalho.

O número de participantes pode variar de 06 a 15 participantes, o tempo de duração do grupo deve ser de 1 a 3 horas no máximo, sendo coordenado por um moderador/facilitador e composto também por observador/documentador. A sala deve ser um ambiente acolhedor e o uso de gravadores deverá ser comunicado aos participantes. A amostra da pesquisa deve ser formada por um número suficiente de grupos homogêneos, sendo estes representativos da heterogeneidade do tecido social a ser pesquisado.

O grupo focal não exige um número muito grande na amostra, segundo Abromavay e Andrade, “o essencial é recrutar um número suficiente de grupos homogêneos [...] para atingir a saturação do conteúdo”. Para as autoras atinge-se a saturação do conteúdo após o contato com sete a dez grupos, aproximadamente, pois a partir daí há repetição dos conteúdos. Para Carlini-Cotrim (1996), “[...] o número de grupos focais necessários para completar um estudo vai variar bastante, sendo possível encontrar na literatura desde apenas quatro até 414”.

Os aspectos éticos que devem ser observados na aplicação do grupo focal referem-se à privacidade, sendo este considerado por Costa (2005) apud Morgan (1998) como “um aspecto crítico dos Grupos Focais”, em que o acesso à identidade dos participantes deve ser preservado para garantir a confidencialidade das informações, tanto na elaboração do planejamento quanto na apresentação do relatório. “Os limites da confidencialidade devem ser estabelecidos na fase do planejamento, pois algumas decisões são tomadas em função do tema a ser tratado [...]” (Costa, p.190,2005).

2.1.1 Uso do Grupo Focal como método de coleta de dados.

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de outubro a dezembro de 2005, com a realização de 05 grupos focais, um em cada URS e contou com a participação de 30 profissionais integrantes das equipes de saúde mental, dos turnos matutino e vespertino, das seguintes categorias profissionais: 09 (nove) assistentes sociais, 02 (dois) auxiliares de enfermagem, 01 (um) auxiliar administrativo, 01 (um) enfermeiro, 02 (dois) farmacêuticos, 12 (doze) psicólogos e 03 (três) psiquiatras. O tempo médio de duração dos grupos foi de 1h: 30 minutos, tendo como moderadora⁴ a própria pesquisadora com o apoio de uma documentadora.

Foi elaborado o Guia do Mediador⁵ (ANEXO A) contendo as informações gerais da pesquisa, os procedimentos éticos e os temas de discussão do grupo, divididos em gerais e específicos. O primeiro abordava o aspecto histórico e estrutural da política de saúde mental e da organização da saúde mental no município e o segundo abordava o aspecto técnico-assistencial, envolvendo a organização e a constituição do serviço, propriamente dito: definição do usuário

⁴ Moderador é aquele que conduz a reunião atuando como facilitador da pesquisa, estimulando que um número maior dos entrevistados participe e interaja com os demais membros do grupo. Deve controlar e dosar o tempo, propiciar um clima de informalidade e descontração, ouvir abertamente e saber utilizar o silêncio. O papel do documentador é o de anotar o que observa registrando as informações verbais e não-verbais expressas, sem, contudo interpretar as respostas e auxiliar na transcrição das fitas (COSTA, 2005).

⁵ O Guia do Mediador contém o roteiro da discussão e o caminho a ser seguido na condução do Grupo Focal. O guia utilizado continha: introdução, acolhimento, os temas: gerais e específicos e encerramento.

do serviço, a relação com a URS e a perspectiva das equipes com o trabalho, neste buscou-se capturar o momento atual, o funcionamento do serviço, ou seja, o processo de construção do serviço.

O Grupo Focal foi realizado nas dependências de cada URS, na sala de reunião, auditório ou na sala de atendimento em horário, previamente agendado com cada equipe. Todos os encontros foram realizados pela manhã e, cabe destacar que dentro de suas possibilidades os profissionais do turno vespertino se prontificaram em participar do grupo mesmo fora de seu horário de trabalho, o que demonstra o interesse e o compromisso em participar da pesquisa.

A pesquisadora acolheu os participantes servindo um café da manhã que buscava “quebrar o gelo” e propiciar um clima de descontração e aproximação entre os mesmos, a pesquisadora e a documentadora. Na etapa seguinte explicava os objetivos da pesquisa, os procedimentos éticos: assinatura do termo de esclarecimento e de consentimento livre e informado sobre a gravação da entrevista, para então iniciar a discussão e o debate dos temas, em que era informado aos participantes, que não se buscava o consenso no grupo e sim as opiniões e percepções de cada um sobre os temas abordados. Esta técnica possibilitou o clima de descontração e de proximidade com o tema, em meio ao lanche, criou uma verdadeira “roda de discussão” e fez com que o debate fluísse e possibilitasse a todos que se manifestassem, expressassem suas opiniões, críticas e proposições.

A composição dos grupos e a participação dos profissionais foram heterogêneas como a própria constituição das equipes, sendo considerado como elemento homogeneizador para a pesquisa o fato de integrarem a equipe de saúde mental. Alguns grupos mais abertos e comunicativos, outros inicialmente mais fechados e introvertidos. Contudo, a receptividade, empenho e a disposição dos profissionais em participar da pesquisa foram relevantes. Destaca-se, também, que no decorrer das entrevistas surgiram questionamentos e reflexões acerca da prática e das intervenções tornando-se espaço de problematização e proposição.

Todas as reuniões dos Grupos foram gravadas com o consentimento dos entrevistados e, posteriormente, transcritas, originando um documento com 117 páginas que subsidiou a análise dos dados⁶.

2.1.2 Análise dos dados

A análise de conteúdos para Bardin, é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, podendo ser utilizada tanto na abordagem quantitativa quanto na qualitativa, sendo que nesta última “[...] é a presença ou ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomado em consideração” (BARDIN, p.21, 1977).

Esta técnica analisa a comunicação não apenas buscando compreender o sentido desta, mas também procura lançar uma nova significação que considere a natureza psicológica, sociológica, política e histórica dos envolvidos. Ainda segundo a autora, o termo análise de conteúdo designa:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, p.42, 1977).

Nesta pesquisa os dados foram analisados em seu conteúdo, com base em Bardin e isso demandou da pesquisadora um esforço na sistematização do material em virtude dos temas que circularam em todas as equipes e da diversidade na compreensão da realidade, das opiniões e dos fenômenos encontrados, uma vez que o grupo focal não busca o consenso.

⁶ Complementando a coleta de dados foi realizada uma entrevista semi-estruturada, a partir do mesmo roteiro de questões, com a Coordenadora Municipal de Saúde Mental. Esta entrevista foi realizada posteriormente, sendo importante também, para compreender o processo e a articulação política no interior da Instituição.

Os depoimentos foram transformados em categorias analíticas, para que os fenômenos descritos pudessem expressar a realidade e formatar o trabalho. Assim o material foi organizado a partir dos seguintes categorias: a) a política de saúde mental vigente no país; b) as condições norteadoras, constituídas e constituintes, que modelaram a organização do serviço, c) território e d) demanda em saúde.

3 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL

3.1 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO.

A política de saúde mental consolidada no país, pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS e da Reforma Psiquiátrica⁷, ampliou sua legitimidade com a promulgação da lei nº 10.216/01⁸, “que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, p. 17, 2004). Ao reafirmar o papel do Estado no desenvolvimento de uma política de saúde mental, esta lei indica o redirecionamento do modelo assistencial no sentido de substituir o hospital psiquiátrico, como lugar exclusivo para atender os cidadãos, propondo a criação de serviços de saúde mental, extra-hospitalar, de cuidado e atenção integral.

A legitimidade instituída pela legislação⁹ e normatizações da política de saúde mental no Brasil foi decorrente das diretrizes, ações e práticas políticas construídas a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica¹⁰ que teve como marcos paradigmáticos (Alves, 2004): a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, Rio de Janeiro, em 1987; o Encontro Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, Bauru, 1987; Intervenção na Casa de Saúde

⁷ Reforma Psiquiátrica, como movimento que surge no final dos anos 70, é entendida, “[...] como um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. [...] Tem como fundamentos não apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas [...]” (AMARANTE, p. 87, 1995).

⁸ O Projeto de Lei nº 3.657, de 1989, de autoria do Deputado Paulo Delgado, apresentado na Câmara Federal tramitou por mais de uma década no Senado e que após receber um substitutivo ao Projeto de Lei original foi aprovado como Lei nº 10.216, em 2001.

⁹ Estimulados pelas discussões em âmbito nacional, diversos estados brasileiros aprovam leis específicas. No Espírito Santo a Lei nº 5.267, de 10 de setembro de 1996, de autoria do Deputado Estadual Lelo Coimbra “dispõe sobre direitos fundamentais das pessoas consideradas doentes mentais e dá outras providências” (BRASIL, 2004).

¹⁰ O Ministério da Saúde considera que a Reforma Psiquiátrica brasileira “[...] é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde” (BRASIL, p. 5, 2005).

Anchieta em Santos, 1989; a apresentação do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, também, em 1989; a Declaração de Caracas, Venezuela, 1990 e a publicação das primeiras portarias do Ministério da Saúde nos anos de 1991 e 1992, que regulamentavam o funcionamento dos serviços de saúde mental e estabeleciam novas formas de financiamento destes.

A década de noventa foi marcada pela aprovação das Leis nº 8080, que regulamenta os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e nº 8142, que dispõe sobre a participação popular na gestão do SUS e por um conjunto de normatizações estabelecidas pelo Ministério da Saúde visando à mudança do modelo assistencial e a reorganização do sistema, seja no campo da saúde em geral, como no campo da saúde mental. Dentre as normatizações destacam-se as Normas Operacionais Básicas (NOB)¹¹ criadas para viabilizar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e o repasse de recursos financeiros do governo federal para Estados e Municípios. Cabe ressaltar, que nenhuma dessas normas contemplou propostas normativas e de destinação de recursos financeiros para a saúde mental. “Apenas a NOAS 01/2001 inclui a obrigatoriedade de se garantir, no conjunto de ações e serviços previstos nos Plano Diretor de Regionalização, o tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes” (LUZIO, p. 61, 2003).

Este período, também foi marcado pela elaboração e publicação¹² de várias portarias visando o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, alteração na sistemática de remuneração das internações psiquiátricas e criação de novos procedimentos. Dentre essas a Portaria de nº 189/91 possibilitava maior controle das internações psiquiátricas; a Portaria de nº 224/92 estabelece diretrizes e normas para assistência em saúde mental e estabelece parâmetros para os serviços específicos em nível ambulatorial e hospitalar, sendo que no

¹¹ As Normas Operacionais Básicas criadas pelo Ministério da Saúde foram: NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96 e a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 01/2001.

¹² O Ministério da Saúde organizou uma coletânea denominada Legislação em Saúde Mental contendo: Legislação Federal e Estadual, Portarias, Resoluções e Recomendações do Conselho Nacional de Saúde e Deliberações de Intergestores Bipartite referente à reestruturação em Saúde Mental no Brasil.

nível ambulatorial previam a criação de equipes de saúde mental em Unidades de Saúde e os Núcleos / Centros de Atenção Psicossocial (NAPS / CAPS) e a Portaria nº 106/2000 que instituiu os Serviços Residenciais Terapêuticos.

No aspecto político, foi realizada em 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, vários Encontros do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MLA)¹³ e, em 2001 a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)¹⁴,

O Relatório final da III CNSM, [...] contém propostas e estratégias cujo objetivo é efetivar e consolidar um modelo de atenção em Saúde Mental, de qualidade e com participação e controle social. [...] Entre suas deliberações destacam-se: a priorização da construção de uma rede de atenção integral em Saúde Mental, de modo que sua implantação deve ser contemplada na agenda municipal de saúde, com a inclusão de ações de Saúde como um dos eixos prioritários da NOAS e a devida destinação de verbas específicas para suas ações, além de garantir a orientação única e o respeito às necessidades, a realidade e o perfil epidemiológico de cada município (LUZIO, p.72, 2003).

Decorrente da realização da III CNSM o Ministério da Saúde publica as Portarias nº 336/02, que estabelece modalidades diferentes para os CAPS de acordo com seu porte, complexidade e abrangência populacional para atender aos transtornos mentais graves e severos, colocando-o como dispositivo estratégico para a mudança de modelo assistencial em saúde mental e a Portaria nº 251/02 que institui o Programa de Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos – PNASH/ Psiquiatria com a finalidade de avaliar e reclassificar os hospitais psiquiátricos (LUZIO, 2003).

¹³ O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial é um movimento social formado por profissionais, familiares e usuários de saúde mental, se constituindo em um importante ator político no processo de construção da política de saúde mental, que mantém uma postura de independência em relação ao aparelho estatal, mas participa como representante da sociedade civil das comissões de reforma psiquiátrica nos vários níveis de governo (Luzio, 2003).

¹⁴ As Conferências Nacionais de Saúde Mental que antecederam a III CNSM foram realizadas em 1987 e 1992 e tiveram como tônica a crítica ao modelo hospitalocêntrico e a formalização das bases para do novo modelo assistencial.

A III CNSM reafirma os compromissos e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde e teve como tema central "Cuidar, sim. Excluir, não" - Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social. Foi precedida de 163 Conferências Municipais e 173 Micro-regionais preparatórias para as 27 Conferências Estaduais de Saúde Mental contando com ampla articulação e mobilização nacional envolvendo profissionais de saúde, usuários, familiares e gestores de saúde.

Esta Conferência traz também como marco a consolidação da Reforma Psiquiátrica como política de governo e a defesa da construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, levando o Ministério da Saúde a criar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, no ano subsequente de sua realização,

[...] reconhecendo o problema do uso prejudicial de substâncias como importante problema de saúde pública e construindo uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, situada no campo da saúde mental, e tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos (BRASIL, p. 46, 2005).

A Política de Saúde Mental aponta as diretrizes para a reorientação do modelo assistencial em saúde mental e a inclusão social de seu usuário. Para Delgado (2004) “[...] a Política de Saúde Mental como uma política intersetorial e sempre transversal e sempre radical, se toma a questão da inclusão social como norte”.

Esta política pública tem buscado na organização dos serviços extra-hospitalares como os CAPS, os ambulatórios, as equipes de saúde mental¹⁵, a residência terapêutica, os projetos de geração de renda, dentre outros, reorientarem o modelo e reverterem à lógica de exclusão e de segregação das pessoas com transtornos mentais. Atualmente, no Brasil há uma rede de saúde mental composta por 882 CAPS, nas diversas modalidades, 426 residências terapêuticas em funcionamento e 71 em fase implantação, com 2.148 moradores, 230 iniciativas de inclusão social pelo trabalho organizado por grupos de produção, associações, cooperativas, oficinas e organizações não-governamentais-ONG, 36 Centros de Convivência e Cultura (BRASIL, 2006).

Um outro indicador macro-político desta mudança está centrado no financiamento dos serviços de saúde mental, cuja proporção do recurso financeiro do SUS era destinada, quase exclusivamente, ao pagamento dos hospitais psiquiátricos e

¹⁵ O Ministério da Saúde tem como diretriz a constituição de equipes de saúde mental para dar apoio matricial às equipes de Saúde da Família visando uma articulação com a atenção primária à saúde. Apoio matricial é entendido como “[...] um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde” (BRASIL, p. 36, 2005).

vem, gradativamente, ampliando para os serviços extra-hospitalares. A composição dos gastos em Saúde Mental, em 1997, foi de 93,14% em serviços hospitalares e 6,87% em serviços extra-hospitalares. Esta proporção em 2001 foi alterada para 79,54% e 20,46% e, em 2004 de 63,23 e 36,77% entre os serviços hospitalares e extra-hospitalares, respectivamente (Brasil, 2006).

Hoje observamos uma inversão deste quadro: os recursos aumentaram globalmente, e agora 56% se destinam a hospitais, e 44% ao pagamento de Centros de Atenção Psicossocial (Caps – serviços abertos e comunitários, que substituem a internação sempre que possível), ambulatorios, residências terapêuticas, centros de convivências e cultura, programas de geração de renda, **saúde** mental na rede de atenção básica, leitos de **saúde** mental em hospitais gerais e distribuição de **medicamentos** (DELGADO, 2006).

Estes números demonstram os avanços na ampliação de serviços e na inversão na lógica do financiamento e seu processo de permanente construção. Mas vários são os desafios para a continuidade deste processo, dentre eles: a ampliação da rede de saúde mental, a organização de serviços e ações de saúde mental na atenção primária e a implementação do Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, que instituído em 2002, vem apoiando a implantação de núcleos de formação em saúde mental para a Reforma Psiquiátrica, cuja finalidade é a formação permanente dos profissionais para sua potencialização e ampliação da capacidade de resposta dos serviços aos quais estão vinculados. “Um dos principais desafios para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a formação de recursos humanos capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura” (BRASIL, p. 52, 2005).

A rede de saúde mental tem nos serviços que a integra a expressão desta política. Estes devem cada vez mais capturar os problemas de saúde mental do território ao qual está inserido, gerar saberes, práticas e culturas capazes de se constituírem em espaços de produção de cuidado e de inclusão social. Devem, também, contribuir para a transformação dos modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e proporcionar a sociedade uma nova forma de lidar com as diferenças e peculiaridades dos transtornos mentais e desta forma organizar serviços e realizar ações articuladas à atenção primária visando à reorientação do modelo assistencial em saúde.

3.2 A POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL

A política estadual de saúde mental segue as diretrizes e os princípios definidos nacionalmente, visa a reorientação do modelo assistencial, propõe a inclusão dos usuários na macro política de saúde e tem como prioridades a ampliação de serviços extra-hospitalares de saúde mental e a redução das internações psiquiátricas. Esses serviços devem se constituir em uma rede de atenção psicossocial e, portanto, integrados e articulados aos demais serviços de saúde (ESPÍRITO SANTO, 2000).

No Espírito Santo, a saúde mental como política pública é recente, sendo o ano de 1995¹⁶ considerado como marco político para sua construção, uma vez que houve a “[...] incorporação pelo Governo do Estado das diretrizes da reforma psiquiátrica” (FERREIRA, p. 113, 2005). Segundo a autora, este momento foi marcado pela conjugação de dois fatores que contribuíram, a priori, para a construção da Política Estadual de Saúde Mental.

Um deles foi o contexto nacional, com o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental que ocorre na década de 90, com a definição de uma direção clara e prescritora para os Estados e os municípios. O outro, a eleição, em 1994, para o Estado de um Governo com características populares e democráticas, no qual a política de saúde foi definida como área prioritária. Somados, esses fatores viriam a se constituir num terreno propício à discussão de uma Política de Saúde Mental para o Espírito Santo (FERREIRA, p. 113, 2005).

A análise da política estadual não é objeto deste trabalho, contudo, considera-se importante destacar as dimensões política e técnico-assistencial¹⁷ presentes na sua construção, uma vez que esta política se expressa através de suas diretrizes políticas e dos serviços, planos, programas e normatizações, instrumentos de gestão, que foram desenvolvidos na última década visando à efetivação da

¹⁶ A dissertação de mestrado: “Análise de Política Pública de Saúde Mental: o Caso do Estado do Espírito Santo”, de Lília Emília Almeida Ferreira apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005, traz importantes contribuições para a análise da política no Estado no período 1998 a 2003. A autora aponta o ano de 1995 como marco político na construção da política pública, uma vez o governo assumiu oficialmente compromisso com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

¹⁷ A dimensão técnico-assistencial se refere à concepção e as formas de organização e gestão dos novos serviços de base territorial. (AMARANTE, 2003; COSTA-ROSA; LUZIO & YASUI, 2003).

política de saúde mental no Espírito Santo. Há que se destacar, no âmbito do planejamento, os documentos: “Proposta para uma Política de Saúde Mental do Estado do Espírito Santo”, de 1995 e da Política Estadual de Saúde Mental, de 2000, que complementares entre si, se constituíram no norte para os municípios no desenvolvimento de ações e serviços em saúde mental, estes “[...] não diferem, em sua essência, na medida em que ambos evidenciam elementos comuns, no que se refere aos princípios e diretrizes, norteadoras das práticas em implantação” (FERREIRA, p.122, 2005).

No aspecto político, dois momentos marcaram este período da política estadual de saúde mental: a constituição do Fórum de Saúde Mental e a realização da II Conferência Estadual de Saúde Mental.

O Fórum de Saúde Mental foi constituído em 1999 como espaço de articulação política e de discussão permanente entre profissionais de saúde e gestores sobre a política de saúde mental, visando a ocupar uma lacuna existente neste campo, promovendo a interlocução entre os atores e a socialização de informação e conhecimentos sobre a saúde mental.

A percepção dos coordenadores municipais de saúde mental em relação ao Fórum Estadual de Saúde Mental, expressos na pesquisa de Ferreira, demonstra a perspectiva da veiculação de informações das diretrizes da política e de seu papel no município, mas este também se configurou em um espaço de troca de experiências, saberes, práticas e de (re) conhecimento entre profissionais e gestores que tem na sua prática cotidiana a saúde mental como campo de atuação.

[...] [Fórum Estadual é] o local por excelência onde se dá a compreensão das diretrizes da política estadual [...] é também definido por alguns como um “importante” espaço de formação auxiliando na compreensão do seu papel, como coordenadores, [...] ocorre nesse momento uma importante socialização de informações sobre a política estadual (FERREIRA, p. 178, 2005).

A II Conferência Estadual de Saúde Mental¹⁸, em outubro de 2001, foi também um marco político no acompanhamento e avaliação da política estadual de saúde mental, sendo esta etapa preparatória à Conferência Nacional. Esta Conferência marcou a participação efetiva dos usuários dos serviços de saúde mental, profissionais e gestores de saúde do Estado tanto na etapa estadual quanto na Conferência Nacional.

Em relação à dimensão técnico-assistencial pode-se citar a criação de um indicador para a criação de serviço em saúde mental, por ocasião da Pactuação Programada e Integrada da Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD)¹⁹; a ampliação dos serviços extra-hospitalares e a implantação no âmbito estadual do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS-PRH²⁰.

A definição do indicador de saúde mental na PPI-ECD, realizada em 2000, possibilitou a pactuação entre os gestores estadual e municipal para a criação de equipes de saúde mental nos municípios independente de sua base populacional e o Programa de Reestruturação Hospitalar desencadeou a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos²¹ - SRT, com a redução de leitos no Hospital Adauto Botelho, sob gestão estadual. O mesmo não ocorreu com a clínica privada, conveniada com o SUS, que se recusou a assinar a pactuação para a redução de seus leitos. Estes processos foram considerados como

¹⁸ Foram realizadas 03 Conferências Macrorregionais de Saúde Mental: Norte, Sul e Metropolitana preparatórias à Conferência Estadual.

¹⁹ A Portaria MS/GM nº 1399 regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências de cada esfera de governo para a área de epidemiologia e controle de doenças e estabelece os procedimentos para a implementação da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças – PPI –ECD através de indicadores de gestão a serem pactuados entre Estado e municípios.

²⁰ O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica-PRH foi instituído pela Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004, mantendo a diretriz política de redução progressiva de leitos psiquiátricos e, tendo como componentes: a redução progressiva dos leitos psiquiátricos, o estímulo a pactuação entre gestores e prestadores de serviços para a redução planejada dos leitos psiquiátricos e o redirecionamento dos recursos financeiros das internações para os serviços extra-hospitalares.

²¹ Portaria nº 106 de fevereiro de 2000, cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, casas ou moradias, localizadas no espaço urbano, para acolher pessoas com transtornos mentais egressas de longas internações psiquiátricas e, que não possuam vínculo familiar e social.

impulsionadores para ampliação serviços extra-hospitalares no Estado, o primeiro por estimular a criação de equipes de saúde mental em Unidades Básicas de Saúde e o segundo por possibilitar a implantação das primeiras residências terapêuticas.

A ampliação dos serviços extra-hospitalares, de base territorial, destinados ao atendimento e ao cuidado das pessoas com transtornos mentais, vem ocorrendo de forma lenta e gradual, porém constante no Espírito Santo. Estes serviços normatizados por portarias ministeriais²² são: Equipe de Saúde Mental em Unidade de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) nas diversas modalidades, Serviço Residencial Terapêutico, Ambulatório de Saúde Mental e oferta de consulta psiquiátrica. (ESPÍRITO SANTO, 2005).

As equipes de Saúde Mental são compostas por um psiquiatra e/ou médico generalista, tendo ou não, formação em saúde mental e dois outros profissionais de saúde de nível superior – assistente social, psicólogo enfermeiro, etc., levando-se em conta as características locais e/ou a disponibilidade de profissionais das categorias profissionais existentes no município (ESPÍRITO SANTO, 2000).

O CAPS é um serviço de atenção diária, constituída por equipe multiprofissional que funciona sob a lógica do território, a partir de modalidades diferenciadas - CAPS I, II, III e CAPS i e ad, para infância e para transtornos mentais decorrentes do uso indevido de álcool e outras drogas respectivamente, definidos de acordo com o porte, a complexidade e a base populacional. O Serviço Residencial Terapêutico é uma casa inserida na comunidade, destinada a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica de longa permanência que não possuam laços familiares e sociais. (BRASIL, 2004).

²² A normatização para a implantação de serviços ambulatoriais do Sistema Único de Saúde- SUS expressa através de Portarias Ministeriais: Portaria Ministerial SNAS nº 224, de janeiro de 1992, atualizada pela Portaria GM nº 336 de fevereiro de 2002 e Portaria nº 106 de fevereiro de 2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Atualmente, no Estado, os serviços de saúde mental extra-hospitalares existente nos 46 municípios²³ estão distribuídos da seguinte maneira: equipes de saúde mental em 37 (trinta e sete) municípios, 15 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, situados em 13 (treze) municípios, 02 (dois) Ambulatórios de Referência em Saúde Mental, 05 (cinco) Serviços Residenciais Terapêuticos, além de consulta psiquiátrica em Unidades Especializadas em 04 (quatro) municípios, que estão distribuídos de forma heterogênea nas macrorregiões de saúde, definidas no Plano Diretor de Regionalização- PDR²⁴ do Estado (ESPÍRITO SANTO, 2006).

Os serviços extra-hospitalares em conjunto os hospitais formam a rede de saúde mental do Estado. Os hospitais especializados são: Hospital Aduino Botelho, em Cariacica; o Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (CAPAAC), em Cachoeiro de Itapemirim, ambos públicos e sob gestão estadual e a Clínica de Repouso Santa Izabel, em Cachoeiro, privada e conveniada ao SUS. O Hospital São Lucas e o Hospital da Polícia Militar, em Vitória e a Associação Beneficente Santa Rita de Cássia são os hospitais gerais, que possuem leitos psiquiátricos, sendo que o primeiro funciona como Urgência Psiquiátrica, 24 horas e porta de entrada para as internações nos hospitais da Região Metropolitana da Grande Vitória e o último atende aos municípios do Módulo Assistencial Nova Venécia²⁵ (ANEXO B).

²³ Em 06 (seis) municípios existem dois ou mais tipos de serviços: Colatina e Cachoeiro de Itapemirim (CAPS e consulta especializada); Vitória e Vila Velha (CAPS consulta especializada e equipe de saúde mental); Serra (CAPS e equipe de saúde mental) e Cariacica (CAPS, equipe de saúde mental e Residência Terapêutica) (ESPÍRITO SANTO, 2006).

²⁴ O Plano Diretor de Regionalização- PDR –ES, instituído pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001, foi elaborado pela equipe técnica da Secretaria de Estado da Saúde, em outubro de 2003. É um instrumento de gestão que visa a descentralização das ações e serviços de saúde e redução das desigualdades, tem como diretrizes a promoção da mudança de modelo de saúde e o compartilhamento de responsabilidade entre os governos municipais e estadual e objetiva “[...] promover a descentralização das ações e serviços de saúde e reduzir as desigualdades mediante criteriosa alocação de recursos, garantindo o acesso da população a serviços e ações de saúde com integralidade e resolubilidade” (ESPÍRITO SANTO, p. 19, 2003).

As macrorregiões de saúde foram definidas neste PDR - ES, “[...] levando-se em consideração o fluxo de saúde, acesso aos serviços, concentração de tecnologia de conhecimento e de produto, economia de escala e de escopo e perfil epidemiológico” (ibidem).

²⁵ O módulo assistencial Nova Venécia definida no PDR é composta pelos municípios de: Nove Venécia, Vila Pavão, Vila Valério, São Gabriel da Palha e São Domingos do Norte. (ESPÍRITO SANTO, 2004).

Comparando o quantitativo de serviços extra-hospitalares apresentados acima com os detalhados por Ferreira (2005), constata-se que a criação dos serviços de saúde mental vem se ampliando, alterando a configuração da cartografia da atenção em saúde mental. A autora aponta que “em 1995, apenas 13% dos municípios prestavam algum tipo de assistência extra-hospitalar em saúde mental. [...] a ampliação da assistência vem apresentando uma visível evolução no sentido da ampliação da extensão ambulatorial em saúde mental no Estado” (ibidem, p. 123). Destaca ainda, que a expansão progressiva é representada pelos seguintes percentuais: 25% em 1999, 36% em 2002, 46% em 2003 e 59 % em 2006.

O processo de criação e implementação desses serviços não seguiu um parâmetro único, sendo delineados em conformidade com os recursos financeiros, a capacidade instalada e o quadro político-institucional de cada município, levando a uma heterogeneidade na composição das equipes, nos processos de trabalho destas equipes e no funcionamento de cada serviço.

Cabe também destacar, que a escassez de pesquisas nesta área, dificulta a análise do impacto ocasionado pela ampliação dos serviços na substituição do modelo hospitalocêntrico. A produção bibliográfica decorrente de pesquisa em serviços de saúde no Brasil ainda é pequena, porém tem ampliado sua visibilidade, uma vez que “[...] o desenvolvimento de pesquisas em sistemas e serviços de saúde poderá contribuir para o aprimoramento e fortalecimento do Sistema Único de Saúde e para a qualidade na atenção nos serviços de saúde [...]” (NOVAES, p.12,2004).

A ampliação de serviços ainda não se constituiu na reversão do modelo assistencial, tendo em vista o volume de recursos destinados aos hospitais psiquiátricos ser maior, do que os repassados aos serviços extra-hospitalares. Vale ressaltar, que a forma de financiamento e do registro da produção no SUS também contribui para esta diferenciação, pois o Sistema de Produção Ambulatorial – SIA/SUS não discrimina a produção das equipes de saúde mental no tocante a procedência e a classificação diagnóstica. Do ponto de vista de sua remuneração permanecem embutidos no Piso da Atenção Básica Ampliada –

PABA definidos no teto financeiro dos municípios e possuem baixa remuneração. Sob este aspecto, o CAPS e o SRT por estarem vinculados aos procedimentos de alta complexidade são mais bem remunerados²⁶, sendo seus procedimentos registrados no Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC) em que há a discriminação da procedência e a classificação diagnóstica possibilitando gerar dados epidemiológicos.

A política estadual de saúde mental tem ampliado o acesso das pessoas com transtornos mentais a partir da expansão dos serviços extra-hospitalares, gerando uma “ocupação” territorial, aumentando a cartografia da atenção em saúde mental, criando um “caldo cultural” em torno dos princípios e diretrizes da política de saúde mental em diversos municípios. A criação de equipes de saúde mental tem se constituído na estratégia adotada por diversos municípios, independente da base populacional para a reorganização da saúde mental no Estado, demonstrando a opção de organização do serviço pela atenção primária à saúde. Esta priorização tem o entendimento, que a atenção primária é a estratégia para a reorganização do modelo assistencial aliada à atenção psicossocial como modelo que prioriza a reversão do modelo hospitalocêntrico.

Para Mendes, “[...] a Atenção Primária da Saúde vem sendo adotada, na história recente de diversos países, para organizar e ordenar os recursos do sistema de saúde para que respondam de maneira apropriada às necessidades de suas populações” (ibidem, p. 7, 2002). E atenção primária, segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS):

[...] é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações (CONASS, p.7, 2004).

²⁶ As Portarias GM 1220/2000 que cria na Tabela de Serviços e de Classificação de Serviços do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) o Serviço Residencial Terapêutico em saúde mental e inclui os procedimentos para acompanhamento de pacientes, cujo valor é de R\$23,00. A Portaria SAS Nº189/2002, amplia o financiamento dos CAPS e insere novos procedimentos ambulatoriais na tabela do SIA-SUS. Esses valores variam de R\$30,30 a R\$14,85 de acordo com o porte e o tipo de procedimento realizado.

Por outro lado, a atenção psicossocial, como novo paradigma para o campo da saúde mental, traz modificações na abordagem do fenômeno da loucura, nos formatos da assistência e na concepção do objeto. Inclui questões no cotidiano dos serviços tais como a cidadania, a autonomia, o cuidado, a intersectorialidade, a interdisciplinaridade, entre outros.

[...] a Atenção Psicossocial como designação de experiências significativas no contexto da Saúde Mental Coletiva no Brasil vai ganhando elementos, tanto em termos teóricos e técnicos, quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em Saúde Mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante (Costa-Rosa, p.14, 2003).

Atenção primária à saúde e atenção psicossocial são modelos que apresentam com diretriz a reorientação da assistência à saúde e compõem o campo técnico-assistencial da política estadual de saúde mental, contribuindo e possibilitando a construção de práticas e de processos de trabalho articulados à macro política de saúde. Os modelos de atenção à saúde visam a organização do processo de trabalho, a partir da administração dos recursos materiais, humanos e financeiros (Testa apud Pinheiro & Luz, 2003).

É neste contexto que a Política Estadual de Saúde Mental tem estruturado suas bases para a reorientação do modelo assistencial e tem fomentado e impulsionado os municípios capixabas na criação de serviços extra-hospitalares, de base territorial, visando a reorientação do modelo assistencial e a construção da rede de saúde mental.

Esta pesquisa se insere no cotidiano da política estadual, tomando como base a concepção e as diretrizes dos modelos de atenção psicossocial e da atenção primária e estudar a modelagem adotada no município de Serra para a organização do serviço de saúde mental. A relevância desta pesquisa está centrada na necessidade de ampliar a reflexão e apontar as potencialidades deste tipo de serviço no contexto da efetivação da política de saúde mental no Espírito Santo, uma vez que a implantação de equipe de saúde mental em Unidades de Saúde tem prevalecido na organização de serviços de saúde mental no Estado.

4 A MODELAGEM DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL A PARTIR DAS CONDIÇÕES NORTEADORAS DO MUNICÍPIO DE SERRA

4.1 O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

Serra, integrante da Região Metropolitana da Grande Vitória²⁷, conta com uma população de 351.696 habitantes²⁸, sendo 99% de sua população urbana²⁹, decorrente do processo migratório ocorrido no estado a partir dos anos setenta. A Administração municipal, por três gestões consecutivas, vem sendo liderada pelo mesmo partido político, o Partido Democrático Trabalhista³⁰.

Na área da saúde, a descentralização político-administrativa se iniciou em julho de 1995 com respectiva municipalização dos serviços de saúde com a “Cessão de Uso” de imóveis e equipamentos das Unidades Básicas de Saúde do Governo Estadual. Já em abril de 1997, efetivou-se a municipalização dos recursos humanos dos servidores da Secretaria de Estado da Saúde (SERRA, 1997).

Este marcador histórico e a construção do Plano Municipal de Saúde, em 1997, definindo como diretriz à implementação do SUS (SERRA, 1997) constituiu na apropriação pelo município de sua responsabilidade constitucional frente à área da saúde.

Atualmente, o município adota o modelo de gestão plena da atenção básica ampliada, (GPAB-A) de acordo com a Norma Operacional da Assistência à

²⁷ Segundo Lei Complementar nº 204, de 21 de junho de 2001. A Região Metropolitana da Grande Vitória compreende a dimensão territorial conformado pelos municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Vitória, Vila Velha, Serra e Vitória.

²⁸ Dados IBGE, 2001. A estimativa da população para 2005, segundo o IBGE é de 383.219 habitantes.

²⁹ A área urbana é formada por 118 bairros, conforme Lei nº 2.142/98 e está dividida em quatro macrorregiões: Serra Sede, Litorânea, Conjuntos Habitacionais e Planalto de Laranjeiras e Carapina. Sua economia também urbana tem predominância das atividades industriais, de comércio e de serviço (SERRA, 2003).

³⁰ As duas primeiras gestões: 1997-2000 e 2001-2004 tiveram como Prefeito Sérgio Vidigal e a atual 2005 –2008 tem como Prefeito Audifax Charles Pimentel Barcelos.

Saúde (NOAS) 2001³¹. Esta define como responsabilidade e ações estratégicas mínimas de atenção básica aquelas voltadas ao controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão e da diabetes melittus, ações de saúde bucal, saúde da criança e de saúde da mulher, de acordo com seu perfil epidemiológico acrescido de um conjunto de exames e procedimentos incorporados por esta norma.

A organização da atenção à saúde segue o modelo de Regiões de Saúde que prevê a distribuição dos serviços em 07 (sete) regiões, de modo a possibilitar o acesso da população a todos os níveis, tendo a Unidade Básica de Saúde como o primeiro nível de atenção, a Unidade Regional de Saúde para Programas Especiais de referência regional e as ações de maior nível de complexidade tecnológicas garantidas através da articulação em nível metropolitano (SERRA, 2003).

Integram o Sistema de Saúde 31 (trinta e uma) Unidades Básicas de Saúde, as Unidades Regionais de Saúde de Feu Rosa Jacaraípe, Serra Dourada e Serra, a Unidade de Referência Ambulatorial –URA, o Pronto Atendimento de Carapina - PAC, o Pronto Atendimento Infantil - PAI, o Centro de Controle de Zoonoses – CCZ e o Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas -CAPS ad. Em seu território estão localizados 03 (três) hospitais, um público – Dr. Dório Silva e dois privados -- Hospital Metropolitano, Vitória Apart Hospital e a Maternidade de Carapina (SERRA, 2003).

A Estratégia Saúde da Família, adotada pelo Ministério da Saúde para a reversão do modelo assistencial e pela organização da atenção básica, foi implantada no município inicialmente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em novembro de 2002, para posterior implantação das equipes de Saúde da Família.

³¹ Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/ 2001, criada pela Portaria MS/GM nº 95, de janeiro de 2001 e publicada no Diário Oficial de União em 29 de janeiro de 2001 definiu a ampliação da responsabilidade dos municípios na garantia de acesso a serviços na Atenção Básica e o processo de regionalização da assistência visando garantir o acesso aos cidadãos aos serviços que atendam aos problemas de saúde de uma determinada população e “(...) deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção (...)” (Brasil, 2002).

Segundo levantamento da Secretaria de Estado da Saúde (2006), o município, em 2005, havia implantado 10 equipes de saúde da família, totalizando 10% de cobertura e conta com 383 agentes comunitários de saúde representando 73% de cobertura com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

O Plano Municipal de Saúde aponta ainda, como diretriz principal à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) a implementação gradativa do Sistema Municipal de Saúde através da ampliação e organização de serviços e de estruturas técnico-administrativas. Dentre as estratégias definidas encontram-se a Estruturação e Modernização da Rede de Saúde, a Implementação da Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental em Saúde, a Atenção à Saúde do Cidadão e o PACS / PSF “[...] visando a garantia da equidade de acesso a serviços e a satisfação de necessidades de saúde de seus munícipes” (SERRA, p. 26, 2003).

Serra, no Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo (PDR-ES)³², tornou-se pólo microrregional e também sede de módulo assistencial pela conjugação de sua base populacional, acesso e concentração tecnológica e compõe a Macrorregião Centro.

A Macrorregião Centro em conjunto com as demais: Norte e Sul integram as 03 macrorregiões definidas no referido Plano Diretor, cada uma com população superior a 500 mil habitantes. O Estado possui, portanto, 08 microrregiões com população acima de 150 mil habitantes e por 16 módulos assistenciais, com base populacional acima de 30 mil habitantes.

Serra vem construindo seu sistema de saúde em conformidade com as diretrizes do SUS. A organização do sistema de saúde é hierarquizada e a gestão dos recursos financeiros ainda é centralizada no Estado, uma vez que o município não assumiu a gestão plena do sistema.

³² A esse respeito consultar o capítulo I desta dissertação.

4.2 A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

A organização do serviço de saúde mental no município está estruturada como política pública que visa à reorganização do modelo assistencial. Teve início em 1998 com a elaboração do Plano Municipal de Saúde Mental, com objetivo de “organizar a assistência em Saúde Mental, através do desenvolvimento de ações, integrada ao trabalho de reordenação da rede municipal de saúde e em consonância com os novos preceitos de assistência em saúde mental” (SERRA, 1998).

O Plano Municipal de Saúde Mental integra o Plano Municipal de Saúde, que objetiva a reordenação da rede de assistência à saúde através da redefinição da área de abrangência, das atribuições e dos objetivos das Unidades de Saúde. Neste Plano são propostas ações de saúde mental nas Unidades Regionais de Saúde (URS), atendimento psiquiátrico e o Programa de Atendimento e Reabilitação em Saúde Mental no Centro de Referência Ambulatorial (CRA) de Carapina, bem como definidos parâmetros de recursos humanos para as URS e atribuições das equipes de saúde mental (SERRA, 1998).

Segundo esse documento, são prioridades da organização da saúde mental: equipar três Unidades Regionais de Saúde com “equipes mínimas” de saúde mental para em longo prazo equipar as demais e criar “serviços substitutivos em saúde mental na modalidade CAPS/NAPS”.

Esta priorização foi reafirmada no Plano Estratégico da Cidade – Agenda 21 Local, elaborado em outubro de 2000, que prevê para a área da saúde a reestruturação do sistema municipal de atenção básica e a complementação dos demais níveis de atendimento especializado. Destaca-se dentre suas estratégias a que prevê:

Implementar o modelo regionalizado e integrado de atenção à saúde com hierarquização do sistema, acesso aos diversos níveis de complexidade e com implantação de uma agência municipal de agendamento (SERRA, p. 80, 2000).

São elencados, ainda, diversos projetos e, para a área da saúde constam a construção e implantação de 05 (cinco) Unidades Regionais de Saúde - URS,

uma vez que a Unidade Regional de Feu Rosa já havia sido implantada. Para a saúde mental consta a constituição de seis equipes para atuação nessas URS's e a implantação do Núcleo de Atenção Psicossocial, posteriormente denominado de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Nestes documentos são definidas a direção política do município e as estratégias para a organização da saúde mental e a reorientação do modelo assistencial. Alves, citado por Ferreira (2005) afirma que:

[...] ao município cabe a discussão sobre qual é o instrumento privilegiado para a substituição do modelo hospitalar, saber escolher o tipo de estratégia que seja a mais adequada à sua realidade. Nesse sentido, uma tática deve ser escolhida de acordo com a conveniência do município, seja leito em Hospitais Gerais, seja um ambulatório, seja um CAPS (Ferreira, p 81, 2005).

Vale ressaltar que, anteriormente à elaboração do Plano Municipal de Saúde Mental, o município já desenvolvia ações em saúde mental através da oferta de consultas e atendimentos por psiquiatras e psicólogos, lotados nos Centro de Referência Ambulatorial de Carapina, Unidade Básica de Saúde de André Carloni, Unidade Básica de Saúde de São Diogo e Centro de Referência Ambulatorial da Serra (SERRA,1998).

No ano de 2000 foi instituído o Programa de Saúde Mental em nível de gestão³³, na Secretaria Municipal de Saúde “[...] organizado com a perspectiva de ação interdisciplinar dentro de um modelo de atenção psicossocial” apontando para o fortalecimento da atenção primária à saúde e o desenvolvimento de trabalho em rede.

O Programa de Saúde Mental foi instituído dentro da proposta da Regionalização da Atenção, o que pretende fortalecer a atenção primária junto às Unidades Básicas de Saúde (UBS), ao Programa de Saúde da Família (PSF) e Unidades de Referência (URS). [...] Busca-se ênfase na hierarquização da assistência para garantia de complementaridade entre os serviços, desenvolvendo um trabalho em

³³ Segundo Paim (2002) há uma tendência em considerar a gestão como a condução de processos, grupos e instituições em função de uma dada intencionalidade. Utiliza-se este termo, neste estudo, por considerar o papel técnico-político-gerencial da Coordenação Municipal de Saúde Mental na condução da implantação e implementação do modelo de atenção em saúde mental, na articulação entre os atores envolvidos e na condução dos processos administrativos necessários a sua efetivação.

rede. A perspectiva do trabalho em rede introduz a idéia de cuidados progressivos, ininterruptos, passando de um âmbito para outro, conforme complexidade de resposta de cada caso face às necessidades (SERRA, 2000).

Ainda neste ano foi elaborado o Protocolo de Funcionamento do Programa de Saúde Mental objetivando “[...] padronizar os procedimentos realizados pelo Programa de Saúde Mental e criar instrumentos de registro e avaliação, possibilitando melhoria nos atendimentos com maior resolutividade” (SERRA, 2000).

Este documento reafirma as atribuições das equipes multidisciplinares previstas no Plano Municipal de Saúde Mental como o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação à saúde mental, e agrega as estas, a atenção em saúde mental e define também atribuições comuns à equipe multidisciplinar de saúde mental, dentre elas: acolher a demanda geral de saúde mental; avaliar a demanda dos outros programas de saúde existentes nas unidades com vistas a um possível atendimento; desenvolver intervenção diária de sala de espera e espera acolhida aos pacientes do Programa de Saúde Mental e seus familiares; programar atividades/intervenções prioritariamente coletivas, atendendo a necessidade da área de abrangência da URS; efetivar o cadastramento dos pacientes psiquiátricos para levantamento do perfil garantindo atendimento biopsicossocial e o recebimento da medicação e identificar e relacionar os pacientes mais graves e egressos de internação psiquiátrica, viabilizando o encaminhamento para nível de assistência de maior complexidade (SERRA, 2000).

O atendimento a usuários egressos de internação psiquiátrica e com transtornos mentais graves mantém-se como atribuição das equipes, em ambos os documentos, acrescido da priorização do atendimento a dependentes químicos e pacientes em situação de risco e vítima de violência (agressão sofrida ou auto-infringida: abuso sexual, tentativa de suicídio, etc.) (SERRA, 2000).

Neste documento é reafirmada a regionalização da atenção para a organização do serviço e fica explicitado a adoção do modelo da atenção psicossocial e a incorporação do modelo da atenção primária como estratégia para a reorientação

do modelo assistencial. O primeiro ao propor a desospitalização e desinstitucionalização como norteadores da prática, a construção de uma rede assistencial extra-hospitalar e a perspectiva de atuação interdisciplinar entre as equipes a partir da criação de espaços resignificados de prática.

Conforme possibilidade estima-se a distribuição das ações e serviços para alcançar a integralidade sem prejuízo da qualidade da atenção. Destaca-se a valorização da possibilidade de criação, presentes nos espaços locais, para a produção do cuidado e da gestão para a produção da novidade/diferença/inação confronto/autonomia/contacto/singularização (SERRA, 2000).

O modelo da atenção primária é expresso ao destinar à rede básica de saúde lugar estratégico com o fortalecimento da atenção primária através das Unidades Básicas, a Estratégia da Saúde da Família e as Unidades Regionais de Saúde visando abarcar a complexidade dos problemas de saúde mental.

Destaca-se, ainda, no processo de organização e implantação da política municipal de saúde mental a importante participação do município na organização e coordenação da I Conferência Macrorregional Metropolitana de Saúde Mental³⁴, esta Conferência, aliada de âmbito estadual e nacional, se constituiu num marco para avaliação da política de saúde mental vigente no país.

A concretização da política de saúde mental é marcada pela ampliação dos espaços de prática e de cuidados traduzido no incremento de equipes em URS, na formação de equipe técnica da Coordenação Municipal de Saúde Mental, na criação de instrumentos de gestão: protocolo, relatórios de gestão que acabam por delinear as ações e a intencionalidade desta política assumida pela gestão municipal.

A expressão desta concretização está configurada no Plano Municipal de Saúde e Plano Plurianual de Ação –2002 a 2005 que definem como estratégia para consolidação do SUS *a prevenção e assistência à saúde mental enquanto bem-*

³⁴ I Conferência Macrorregional Metropolitana de Saúde Mental, realizada em 31 de agosto de 2001, no município de Viana, com o tema “Cuidar sim, Excluir não” contou com a mobilização e envolvimento dos 32 municípios da macrorregião representados pelos diversos atores: profissionais de saúde, gestores, usuários, familiares e prestadores de serviço, sendo preparatória para a Conferência Estadual de Saúde Mental realizada no mesmo ano (Espírito Santo, 2001).

estar biopsicossocial [grifo nosso]. Neste último está previsto para o ano de 2002 um total de 2.000 pacientes cadastrados e projetando para seu término um aumento em 100% configurando não só a continuidade das ações propostas e desenvolvidas em âmbito local, como também reafirmando a necessidade da reversão do modelo assistencial e a efetivação de uma política de base territorial.

Em 2002, de acordo com o relatório de gestão, são consolidadas as 10 (dez) equipes em 05 (cinco) URS, com ampliação dos números de usuários cadastrados. Neste documento também consta a alteração da proposta de implantação de um CAPS destinado ao tratamento de pessoas com transtornos mentais graves para CAPS – ad, para atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

No mesmo ano são criados os projetos: o Núcleo de Atenção Psicossocial aos Apenados NAPA e Educação em Saúde com objetivo de “sensibilizar e capacitar atores das áreas da saúde e social para incorporação dos novos preceitos da Reforma Psiquiátrica” (SERRA, 2002).

O município consolidou sua proposta de implantação de serviço de saúde mental regionalizado, através de 10 equipes instaladas nas Unidades Regionais de Saúde de Serra Sede, Feu Rosa, Jacaraípe e Serra Dourada II e no Centro de Referência Ambulatorial de Carapina – CRA sendo referência para as Unidades Básicas conforme a organização do fluxo definido pelo gestor³⁵.

Essas equipes foram constituídas gradativamente, em 1999 com a implantação no Centro de Referência Ambulatorial (CRA) Carapina e Serra Sede, seguida por Feu Rosa em 2001 e Jacaraípe e Serra Dourada II em 2002, sendo responsáveis pela atenção à saúde mental em seus respectivos territórios.

³⁵ Centro de Referência Ambulatorial de Carapina: UBS de Bairro de Fátima, José de Anchieta, Carapina Grande, Manoel Plaza, Boa Vista, São Diogo, André Carloni, Novo Horizonte, Novo Horizonte, Central Carapina, Carapebus, Jardim Tropical, Oceania e Cidade Continental.
URS Serra Sede: UBS de Laranjeiras Velha, Pitanga, Campinho da Serra, Planalto Serrano, São marcos, Barro Branco, Nova Carapina e Vista da Serra.
URS Feu Rosa: Chácara Parreiral, Laranjeiras, Vila Nova de Colares, população de Feu Rosa.
URS Jacaraípe: Manguinhos, Nova Almeida, população de Jacaraípe I e II.
URS Serra Dourada: El Dourado, Barcelona, Porto Canoa, Taquara I e II, população de Serra Dourada I, II e III.

Essas equipes, de composição heterogênea tanto do ponto de vista das categorias profissionais quanto em seu quantitativo, são constituídas por psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social, farmacêutico e auxiliar técnico/administrativo, totalizando 47 profissionais, que atuam nos turnos matutino e vespertino nas referidas URS.

4.3 AS CONDIÇÕES NORTEADORAS PRESENTES NA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

4.3.1 Introduzindo a discussão

A organização do serviço de saúde mental no município de Serra vem sendo modelada por um conjunto de condições norteadoras que se respaldam na diretriz política vigente no país. São denominadas condições norteadoras àquelas constituídas pela política municipal de saúde mental que apontam à diretriz política e técnico-administrativa e aquelas que se constituíram no processo de construção do mesmo serviço. Essas condições, constituídas³⁶ e constituintes³⁷, são responsáveis pela modelagem da organização da saúde mental municipal.

O termo modelagem, por sua vez, é utilizado para capturar o processo e as características da organização do serviço de saúde mental no município a partir das relações estabelecidas pelos profissionais de saúde mental no cotidiano da instituição de saúde com o projeto político-institucional.

Este, também, é utilizado para demonstrar como a política municipal de saúde mental foi se efetivando a partir dos modelos de atenção à saúde e à saúde mental adotados pelo município.

³⁶ As condições constituídas encontram-se formalizadas nos instrumentos de gestão municipal: Plano Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde Mental, Plano Estratégico da Cidade – Agenda 21 Local, Protocolo de Funcionamento e relatórios de gestão.

³⁷ As condições constituintes referem-se às práticas sociais desenvolvidas no cotidiano da instituição de saúde pelos profissionais de saúde mental, a partir dos processos vivenciados por esses atores e serão desveladas no capítulo posterior.

A autora concorda com Campos (2000), que considera como modelagem:

[...] o desenho que formata toda a experiência, que tem como pano de fundo um MODELO que já foi experimentado. Assim sendo MODELAGEM passa a ser: fazer saúde num determinado local, com uma determinada história de inserção de serviços de saúde e em determinado tempo histórico com seus protagonistas singulares (CAMPOS, p. 67, 2000).

O termo modelagem reforça a perspectiva de se estudar e identificar os elementos teóricos, técnicos e políticos, que conformaram na prática, a organização do serviço de saúde mental, sendo utilizado para resgatar o processo vivenciado.

Neste capítulo, pretende-se capturar a modelagem da organização do serviço de saúde mental levando-se em consideração as características e singularidades do município pesquisado, a partir da interlocução estabelecida com os profissionais e a coordenadora municipal de saúde mental.

A seguir são apresentadas as condições norteadoras constituídas, presentes nos instrumentos de gestão e nos depoimentos da gestora e dos profissionais de saúde mental, atores privilegiados desta construção. Nestes instrumentos são definidas as políticas municipais de saúde e de saúde mental e também o modelo de organização deste mesmo serviço. Apontam, ainda, as prioridades, atribuições e normatizações que envolvem a organização dos serviços de saúde mental adotada pelo município.

Nos depoimentos dos atores foi captada sua compreensão sobre as condições norteadoras constituídas na organização do serviço na qual atuam e o rebatimento destas na operacionalização do serviço. A análise desses depoimentos e dos documentos levou-me a identificar três categorias analíticas presentes na organização do serviço de saúde mental, a saber:

- a regionalização da atenção à saúde;
- a ampliação do quadro de profissionais e a realização de concurso público para o provimento dos cargos para a área da saúde e;

- definição de usuários do serviço de saúde mental.

Todas essas permeadas pelo princípio da reorientação do modelo de atenção vigente na política de saúde mental.

4.3.2 A regionalização da atenção à saúde: da Região de Saúde ao território

A organização do serviço de saúde mental iniciou com criação de equipes de saúde mental em Unidades Regionais de Saúde. Unidades estas que são referência para um grupo populacional definido pela política de saúde.

A regionalização da atenção aparece como uma das condições norteadoras em todos os grupos focais realizados, contudo, com significados diversos. Em alguns momentos designam a oferta de serviços regionalizados amparados no princípio da descentralização político-administrativa:

[...] Na época eu estava no nível central, quando começou a discutir a configuração das Unidades Regionais. A Serra só tinha Unidades Básicas [...] Esse modelo das Unidades Regionais foi uma saída [...] um suporte maior para aquela região (E 1).

Nós estamos conseguindo descentralizar, territorializar o atendimento no bairro, na região (E 3).

Mas havia um modelo que trazia uma possibilidade de unidades com descentralização dos programas (E 1).

Outra percepção refere-se à municipalização da saúde e a vinculação inicial com o processo de descentralização político-administrativo vivenciado pelos municípios na implantação do SUS.

Os exemplos seriam essas campanhas de cumprir também a municipalização da saúde, evidentemente abrangendo a saúde mental. Aqui nós temos essa municipalização (E 2).

A descentralização político-administrativa, estabelecida na Lei nº 8080/90, como um dos princípios do SUS prevê a regionalização e hierarquização da rede de

serviços de saúde. Este princípio foi reafirmado na NOAS- 2001 ao “estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade” (BRASIL, 2001).

Delgado (1999) considera que a regionalização do atendimento e a criação de serviços locais de atenção psicossocial contribuíram na construção teórica, na clínica e na construção de serviços de base territorial. Contudo, não defende a hierarquização desses serviços por complexidade de ações – emergência, ambulatório e internação por considerá-los incompatíveis com a rede de atenção psicossocial baseada no território.

A noção de território como um dos conceitos-chave da regionalização será utilizado como categoria teórica para pensar as concepções utilizadas na construção e organização do serviço de saúde mental do município, que teve seu início no Centro de Referência Ambulatorial para gradativa ampliação nas Unidades Regionais.

É uma Unidade Regional de um Território, mas ao mesmo tempo da Serra toda, porque tem funcionários de especialidades que estão concentrados aqui, porque no início funcionava aqui (E 2).

O conceito de território, como aporte teórico, é concebido como processo social por diversos autores (Mendes, 1993; Unglert, 1993; Delgado, 1997; Rotelli, 2001). Embora apresentem diferentes nuances, esses autores trabalham na perspectiva de um espaço em permanente construção.

Mendes (1993) indica que há duas correntes que concebem território de forma distinta, uma denominada de território-solo, que utiliza o critério geopolítico para sua definição e concebe saúde apoiada no modelo da clínica. Outra que o concebe como território-processo que transcende a área física e superfície-solo, para considerar as relações e a dinâmica social baseado no modelo sanitário e, portanto em constante construção. A concepção de território adotada neste trabalho é a que o considera como território-processo que,

[...] transcende à sua redução a uma superfície-solo e às suas características geofísicas para instituir-se como um território de vida

pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados em jogo, de projetos e de sonhos. [...] é ademais, um território econômico, político, cultural e epidemiológico” (MENDES, p.166, 1993).

Unglert (1993) corrobora a posição de Mendes ao afirmar que o espaço-local território se expressa num território em permanente construção e, considera que a definição da base territorial constitui-se num dos princípios organizativo-assistenciais do sistema de saúde. Para a autora,

O estabelecimento dessa base territorial é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde dessa população e, também, para a criação de uma relação de responsabilidade entre os serviços de saúde e sua população adscrita. (UNGLERT, p. 222, 1993)

Rotelli (2001) ao tratar o paradigma da desinstitucionalização também aponta que seu processo de construção ocorre na relação com um território e afirma que o processo social de mudança ocorre tanto nas instituições quanto com os atores envolvidos e, acrescenta ainda,

[...] este serviço não pode fixar-se em um modelo estável, mas permanece dinâmico e em transformação. Em suma, o serviço territorial se configura como ator de mudança social, como propulsor de transformações concretas em nível local de mudança social nas instituições e na comunidade (ROTELLI, p.51, 2001).

Na pesquisa realizada a noção de território aparece com diversas conotações entre os entrevistados designando área geográfica e adscrita, podendo se confundir com o conceito território-solo que utiliza o critério geopolítico para sua definição, não considerando as relações estabelecidas previamente entre os sujeitos/cidadãos.

Nós temos uma área adscrita que no documento que define como região, só que a região é muito grande para uma equipe igual a nossa, só na região X são muitos bairros. O que acontece se a gente pensa em restringir isso, mas nós mesmos temos vários pacientes da nossa região que estão em outras e a gente não conseguiu fazer esse movimento [...] (E 1).

Há que se destacar o conceito de território definido por Delgado “[...] [território] não é apenas o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências sócio-culturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo” (ibidem, p.117, 1999).

Esta noção de território-processo também está presente na percepção dos profissionais ao transcender a área física e superfície–solo, para considerar as relações e a dinâmica social, uma vez que se trata de um processo social em construção.

[...] por mais que se tente fazer parecido cada lugar tem suas particularidades, até cada profissional tem uma forma diferente de trabalhar, mas nós percebemos que estamos a caminho, eu me vejo hoje numa relação muito mais próxima com os pacientes não só meus, mas com os pacientes da equipe, então eu estou vendo que as coisas estão caminhando no movimento diferente de outros lugares (E1).

Porque a importância da saúde mental aqui? Porque tem um movimento na comunidade que se fez necessário também, porque às vezes as coisas estão muito interligadas, este olhar a gente não pode perder de vista (E 1).

A tentativa de aproximação com o território e suas diversas expressões político-culturais demonstra a necessidade de ampliar o conhecimento, o campo de atuação e o conhecimento do processo saúde-doença da população. Surge como uma tentativa de sair do circuito do atendimento à demanda espontânea e de se lançar na direção do conhecimento e apropriação de cada território.

[...] nós temos essa visão mais ampliada, [...] me angustia muito ficar só aqui dentro da Unidade. Eu gostaria de estar vendo o que tem na comunidade, se eu tenho que trazer a pessoa para Unidade, para junto garantir causa, eu tenho que começar a trabalhar o que é saúde mental na comunidade, e a gente está começando por aqui aos pouquinhos (E 3).

A intenção nossa, na Unidade Regional, é você ter o controle, maior dessas Unidades Básicas, essa rede municipal de saúde mental, de conseguir marcar reuniões, fazer parcerias com as Unidades Básicas e instituições, com a comunidade, com as outras ofertas de serviços que tem, mas, essa era nossa intenção no início, fizemos até um plano identificando na comunidade os recursos que se poderia usar, fizemos pesquisa, fazendo outras visitas [...] (E 3).

A noção de território-processo traz consigo a possibilidade de pensar nas questões locais existentes e na repercussão que o serviço de saúde mental pode ocasionar na atenção e na concepção sobre a organização do serviço e como consequência na política de saúde mental.

[...] nós percebemos que as mudanças que ocorreram foram mudanças de descentralização, foram coisas para fora, para trazer mais perto das pessoas, esse conhecimento, o atendimento, a atenção de saúde

mental, então nesse sentido, é que eu vejo as coisas mais ou menos acontecendo (E 3).

Esta noção ocasiona tensões e dilemas em algumas equipes uma vez que ao se contrapor à noção de território-solo e garantir o acesso ao serviço independente da região de moradia, território-processo, gera dilema para o profissional, pois a noção de área e população adscrita predomina na concepção institucional e muitas vezes na prática profissional.

[...] tem um caso aqui de uma senhora, que é de Minas, ela nunca mentiu que era de Minas, ela vinha ficava na casa da filha, a única referência que ela tinha era essa filha, nós sabíamos que o sofrimento dela era com os filhos [...] ela vinha quinzenalmente para o acompanhamento do grupo, vinha com frequência. Ela prefere vir aqui para acompanhar nosso grupo porque o apego dela é com a filha de Carapebus, quer dizer, como evitar isso? É importante entendermos os problemas. [...] até porque o vínculo maior dela está aqui, então como é que faz? (E 1).

Tem uma outra questão, que alguns preferem ir para Y, porque é mais perto, tem a questão da divisão do território só que na prática fica mais difícil (E1).

Transpor a concepção de território-solo e ampliá-la para território-processo implica numa mudança de prática social e de construção coletiva, envolvendo não apenas as equipes de saúde mental, mas a todos os “operadores” do sistema de saúde.

Este caráter conflitivo, permeado de contradição e mudança, passa a integrar o cotidiano das equipes e do serviço de saúde mental, uma vez que, ao se buscar a mudança e a transformação nas formas de cuidar e assistir trabalha-se com um campo em permanente construção e, portanto dinâmico não comportando um modelo estável e a uma normatização estanque.

Há, ainda, que se destacar que aliada à noção de território como processo há a noção de “tomada de responsabilidade”. Esta concepção é baseada na experiência da Psiquiatria Democrática Italiana, que segundo Dell’Acqua & Mezzina (2005) configura-se numa nova modalidade de relação institucional e refere-se “[...] à responsabilidade do serviço sobre a saúde mental de toda a área territorial de referência e pressupõe um papel ativo na sua promoção” (ibidem, p.174, 2005).

Nesta ótica trabalha-se com a noção da proteção social, uma vez que cabe ao serviço assumir a responsabilidade, a demanda “com todo alcance social” necessário para atender a necessidade da população referenciada em sofrimento psíquico. Segundo os autores italianos citados, o contato entre serviço e território pode criar uma “relação de reciprocidade”, pois há uma proximidade entre o profissional e o “sujeito que sofre”, independente do nível de sofrimento e do local que o contato ocorre, podendo ser no serviço de saúde mental, ou outro lugar institucional ou na casa, no local de trabalho, “no ambiente de vida do paciente”.

A posição de Delgado, descrita anteriormente, referente à hierarquização das ações por nível de complexidade segue nesta direção, pois segundo ele, ao escalonar hierarquicamente o atendimento por nível de complexidade: atendimento à crise encaminha-se a emergência; “saída da crise, o hospital-dia”; quadros sem alteração, o CAPS; adolescentes, gestantes o ambulatório, reforça-se o modelo hospitalocêntrico, sendo “[...] incompatível, incongruente, com a estratégia de uma rede de atendimento psicossocial baseada no território” (DELGADO, p.14, 1999).

Para Amarante (1992) os serviços substitutivos têm uma atuação territorializada, o que significa dizer que assumem a completa responsabilidade pela atenção dos sujeitos e seus sofrimentos psíquicos num determinado local.

A relação do serviço de saúde mental com o território deve extrapolar os limites meramente geográficos, tendo em vista ser este, segundo Delgado, como “uma unidade geográfica de referência” com as influências político, social, econômico e cultural que o configuram. O aprofundamento do debate entre os atores envolvidos: profissional de saúde mental e gestor acerca da noção de território-processo, torna-se necessário não para uniformizar, mas para possibilitar o surgimento de estratégias que viabilizem explorar as possibilidades e as tensões existentes, os serviços, projetos e as potencialidades de cada território, pois “[...] o serviço territorial se configura como ator de mudança social, como propulsor de transformações concretas em nível local de mudança social nas instituições e na comunidade” (Rotelli, p. 51, 2001).

Constata-se que a organização de serviço de saúde mental se propõe a partir de uma estrutura horizontalizada, mas mantendo a hierarquização do macro sistema de saúde, o que gera descompasso entre a diretriz da política de saúde mental e a perspectiva das práticas.

4.3.3 A ampliação do quadro de profissionais e a realização de concurso público

Outra condição norteadora identificada para a organização do serviço foi a ampliação do quadro de profissionais e a realização de concurso público. Ambos são percebidos como determinantes na formação da equipe e na consolidação do trabalho. Esta condição marcou um momento de ruptura e de adequações no processo de trabalho das equipes em virtude da entrada dos novos profissionais, em substituição aos profissionais contratados. Marca também, a ruptura no processo de precarização do trabalho exercido pela contratação temporária dos profissionais de saúde que até então configurava a inserção do profissional de saúde mental.

No Relatório de Gestão – 2004 constatou-se que houve mudança em 80% no quadro de profissionais da saúde mental em decorrência da realização do concurso público. Fato este que impactou na organização e no funcionamento do serviço de saúde mental, uma vez que a maioria dos “novos atores que entraram em cena” marcou o recomeço no trabalho das equipes, na relação com os usuários e com os demais profissionais de saúde da URS, estabelecendo novas relações e processos de trabalho.

As características das organizações e do modelo de gestão são condicionadas pelas relações técnicas e sociais estabelecidas entre seus agentes no desenvolvimento das práticas de saúde (PAIM, 2002).

A ampliação do quadro de profissionais antecedeu a realização do concurso, pois este ao ser realizado consolidou as vagas existentes nas equipes das cinco Unidades Regionais de Saúde, ocupadas por profissionais com contrato de

trabalho temporário, o que caracterizava uma alta rotatividade e uma dificuldade na formação das equipes. Este realizado no ano de 2002, alocou profissionais nas diversas áreas da Secretaria Municipal da Saúde e o preenchimento das vagas para a área da saúde mental se deu a partir da classificação do candidato no concurso, não havendo definição de critério ou seleção que definisse o perfil do profissional para atuar na saúde mental ou seu interesse pela área.

A destinação de vagas no concurso público foi considerada uma resposta positiva da municipalidade na priorização desta área, contribuindo com a consolidação política e na estruturação do serviço de saúde mental, gerando uma nova cultura política no município e comprometimento dos profissionais com a continuidade na implementação da proposta.

Engraçado, tantas dificuldades que a gente enfrenta, mas como evoluiu o programa de saúde mental, até no concurso, quantos psicólogos, 20 vagas para psiquiatras, a gente vê que o município, considera essa questão da saúde mental (E 2).

[...] quando me falaram do concurso da Serra, fiquei meio balançada, porque era um município sempre desacreditado em termos políticos. Quando veio o resultado, vi que a coisa era séria, porque eu tinha passado, e não tinha nenhum padrinho político, sinal que era sério.

Fiquei surpresa, não houve maracutaia. Então eu achei que a Serra deu seu primeiro passo, mas temos esse caminho novo, fazer um concurso, isso foi o primeiro passo para o processo de estruturação. (E 1).

Então, quando saúde mental esta priorizada por profissionais que fizeram o concurso, também tem haver com essa história que está colocada lá no plano [...] (E 1).

Para alguns profissionais este fato ocasionou a primeira aproximação com a temática da saúde mental e com a proposta de reorientação do modelo de atenção psicossocial.

Fiz o concurso público, fui chamada para trabalhar na ação social, e depois na saúde quando cheguei na secretaria, aí falaram assim: [...] é para trabalhar na saúde mental. Ai eu fiquei pensando, ninguém falou que era para trabalhar com a saúde mental, então o que eu percebo que aconteceu na Serra é que o Programa de Saúde Mental foi estruturado, com quem foi chegando foi entrando nesse programa [...] Só que a questão da saúde mental estava tão organizada e estruturada que eu fui me inserindo justamente nele [...]. Eu achei interessante isso, o fato de ter feito o concurso, no meu caso e vir para o programa de saúde mental, entender que era importante o concursado neste programa. Foi a minha primeira aproximação de saúde mental (E 1).

[...] teve o processo de mudança também, com o concurso público chegou muita gente nova e teve uma mudança muito grande nas equipes, a maioria das pessoas saiu e o município não deu conta de capacitar quem chegou (E 5).

Houve também um estranhamento e um desconhecimento inicial sobre as questões inerentes à saúde mental: política, prática e atenção psicossocial.

Quando eu entrei aqui eu nunca tinha trabalhado com saúde mental, nem sabia nem o que era isso, fizemos o concurso, não fizemos para a saúde mental, fizemos para o geral, e de repente, caímos aqui de pára-quedas [...] (E4).

Decorrente deste processo de organização do serviço de saúde mental e formação das equipes houve uma potencialização de seus profissionais através da autonomia técnico-política aliada ao sentimento de pertencimento e, portanto, de responsabilidade com o projeto político-institucional.

A organização está sendo legal, porque tem certa autonomia na equipe, de estar trabalhando da melhor forma, já quanto a rotina, com o lugar que agente está trabalhando (E 3).

[...] é dos concursados, os funcionários da municipalidade, então isso faz com que nos tenhamos uma liberdade maior para estar um pouco desvinculado das questões políticas aqui da Serra que é muito forte essa vinculação política e a interferência dela nas Unidades de Saúde. E pelo fato de sermos concursados, eu acho isso muito bom, a autonomia um pouco maior, nós sucedemos uma equipe anterior, que de certa maneira estava muito submetida a esse tipo de pressão (E 3).

Para alguns profissionais o concurso público representava, também, a garantia de estabilidade na equipe evitando desta forma a rotatividade de profissionais tornando-se um fator de consolidação das equipes, o que na realidade não se consolidou, uma vez que a rotatividade nas equipes ainda é existente.

Aqui por exemplo já teve vários ensaios de equipes, que dado essa questão de concurso, antes do concurso houve contratação, aí com o concurso houve aquela idéia de equipe, que não se consolidou de imediato, porque, o pessoal vem para cá, e entendeu que outro local seria melhor, e isso não fixou, deixou essa coisa móvel [...] (E 4).

A rotatividade dos profissionais, seja por transferência para outras URS ou outro projeto na área da saúde, é visto como sendo algo negativo em função dos vínculos firmados. Os depoimentos demonstram o sentimento de perda da prática estabelecida e a necessidade de recomeço com a chegada de novos profissionais.

4.3.4 Definição de usuários do serviço de saúde mental

Outra condição norteadora foi a definição dos usuários do serviço de saúde mental em que se previu a “assistência em saúde mental [...] da clientela grave” (Serra, 1998). O foco do serviço está centrado na atenção aos transtornos mentais graves e aos egressos de internações psiquiátricas, sendo este reafirmado por algumas equipes.

Inclusive essa questão sempre me chamou atenção, porque desde que houve a constituição do programa fala-se dos egressos da internação [psiquiátrica]. Sim são poucos, mas nós acolhemos (E 4).

A atenção ao usuário encontra-se em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental e a Lei nº 10.216/01, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

No Protocolo de Funcionamento (Serra, 2000) foi reafirmada a priorização do atendimento aos egressos de internação psiquiátrica, aos transtornos mentais graves (psicoses e neuroses graves) sendo incluídos os dependentes químicos (álcool e outras drogas), pacientes em situação de risco e vítimas de violência (agressão sofrida ou auto-infrigida: abuso sexual, tentativa de suicídio, etc) (SERRA,2000).

A questão do álcool e droga é esporadicamente, mas violência muito. Quanto mais na Serra (E 4).

Nesse protocolo de agora [está definido], antes não estava. Hoje está [definido] é o transtorno grave, depois álcool e drogas (E 5).

O Programa de Saúde Mental ao priorizar esses usuários se propôs reorientar o modelo assistencial em saúde mental criando mecanismos para garantir atenção aos egressos de internações psiquiátricas e às pessoas com transtornos mentais graves. Esta definição é percebida de forma diferenciada pelos profissionais de

saúde mental, havendo divergências acerca deste entendimento entre as equipes e, até mesmo dentro da mesma equipe³⁸.

[...] também tem a ver com essa história que está colocada lá no plano, que a organização do programa de saúde mental seria com a equipe mínima nas cinco ou seis regionais, quantas tivessem, é um salto importante de qualidade e que tem a ver com o modelo pensado naquela época [...]. São os transtornos graves porque é esse o motivo da montagem do serviço no município (E 1).

Não tinha e não tem ainda [direção do trabalho]. Eu acho que o trabalho nas Unidades de Saúde, eu não digo que tem que ser determinado nem pela Coordenação, nem pela Secretaria, mas tinha que ter, eu acho, que tinha que ter vetores mais claros e mais fortes de atendimentos, tipos de atendimento, uma política de atendimento, tipo de paciente que vai ser atendido realmente, tem protocolo, tem conversa, mas não é o que acontece (E 5).

Esse protocolo era mais solto ainda quando a gente chegou, [...] em algumas reuniões isso foi colocado em discussão e agora esse protocolo que chegou, esta sendo priorizado o transtorno grave (E 5).

Esta divergência tem vinculação com a natureza do serviço ambulatorial de base territorial localizado em Unidade Regional de Saúde e, portanto com maior proximidade com as questões locais de saúde da população, que se caracteriza como um atendimento baseado na demanda espontânea, ficando as equipes restritas a este tipo de atendimento.

A ausência de consenso entre as equipes demonstra que há um nó crítico na operacionalização do serviço, pois a atenção à demanda espontânea tem gerado o cuidado e atenção aos usuários que acessam a Unidade independente do quadro ou da priorização estabelecida pelo Programa de Saúde Mental.

O acesso dos usuários ao serviço de saúde mental ocorre a partir do encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde, dos médicos da própria URS e de demanda espontânea.

O cotidiano tem demonstrado que tanto a população quanto os órgãos governamentais (Secretarias Municipais, Poder Judiciário, dentre outros) tem apresentado uma demanda diferenciada para atenção e acompanhamento das equipes. Este fator foi considerado como um embate entre o projeto político-

³⁸ Os depoimentos em todos os Grupos Focais referiam a uma polarização na demanda em saúde entre transtorno grave e leve. O Protocolo de Funcionamento não utilizou esta taxonomia ao definir as prioridades no atendimento. Contudo, a partir deste momento serão adotados esses termos para definir o tipo de pedido de intervenção da população, uma vez foram adotados pelas equipes em seu cotidiano.

institucional do Programa de Saúde Mental e a realidade vivenciada pelas equipes será discutido posteriormente.

As condições norteadoras constituídas pela política municipal da saúde mental e pelo planejamento de suas ações, descritas neste capítulo, contribuíram para a modelagem da organização do serviço de saúde mental do município, mas estas por si só não representam a totalidade deste fenômeno, uma vez que a relação existente entre os profissionais de saúde e a prática no cotidiano do serviço de saúde mental, ou seja, as condições que foram se constituindo neste processo são o que de fato modelam esta organização.

5 A MODELAGEM DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL: DESVELANDO ATORES, COTIDIANO E PERSPECTIVAS

Este capítulo aborda o processo de constituição das equipes e sua prática social, que se expressam nos processos técnicos, assistenciais e políticos, como também, nos embates, decorrentes da prática cotidiana na instituição de saúde.

Essas condições norteadoras, modeladoras do serviço, foram se constituindo no processo de implementação do serviço de saúde mental a partir da articulação e rearticulação dos saberes e práticas dos atores envolvidos e das relações que estes estabelecem com o projeto político-institucional.

O cotidiano é entendido como o locus onde se expressa não somente as experiências de vida individual, mas contextos de relações distintas que envolvem tanto pessoas, como coletividades e instituições, em espaços e tempos determinados, sendo através dele que a política se materializa (Pinheiro, 2001; Pinheiro e Luz, 2003). Neste mesmo sentido, o cotidiano nas instituições de saúde desponta como espaço de construção de práticas e saberes “[...] nas quais a integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cuidado em saúde” (PINHEIRO e LUZ, p.17, 2003).

É importante o estudo dessa prática social por considerar que:

[...] estudar os atores, seus discursos e práticas no cotidiano das instituições é fundamental, pois possibilita a localização de elementos objetivos e subjetivos, por meio dos quais os atores sociais constroem suas percepções referentes à vida social, que inclui a **vida institucional**. [...] o cotidiano dos atores representa um espaço de lutas, de exercício de poder, aqui entendido [...] como uma **prática social, influenciada pelas práticas sanitárias e políticas** (PINHEIRO, p. 66, 2001).

A relação dos profissionais com o serviço de saúde, no que concernem articulação e rearticulação de saberes e práticas, é expressa a partir de como eles compreendem a política institucional, a relação que estabelecem entre si e com a população. É no cotidiano da instituição de saúde que estes processos são socialmente construídos, pois se vivencia e apreende a realidade com seus

conflitos, limites e diversidades, tornando-se possível estabelecer relações, construir parcerias, criar e recriar projetos, propostas e processos de trabalho que, neste caso, está voltado para o repensar de práticas e processos em saúde mental.

Estes processos são socialmente construídos, pois pressupõe que a estruturação, o funcionamento organizacional e a ordenação específica dos processos de trabalho no interior das instituições de saúde podem ser desconstruídos e recriados todos os dias (Campos, 1999; apud Pinheiro, 2001).

É neste contexto que se buscou conhecer e capturar, a partir da prática social das equipes de saúde mental de Serra, a operacionalização da política de saúde mental e as potencialidades do projeto político-institucional na atenção aos usuários de saúde mental. Conhecer e problematizar as experiências desenvolvidas no cotidiano do serviço pode apontar as bases para a inserção do usuário no território, contribuir com a resignificação da saúde mental num novo lugar e com a apropriação dos profissionais de saúde com esta temática.

Antes, porém, de discutir a prática social e o cotidiano na instituição é preciso descrever sobre os profissionais de saúde e contextualizar sua relação com o projeto político-institucional, pois é partir deste que a prática social se insere na micropolítica institucional e reflete na atenção ao usuário de saúde mental.

5.1 OS ATORES E O PROJETO POLÍTICO-INSTITUCIONAL

O município estruturou 10 (dez) equipes de saúde mental nas 05 (cinco) URS³⁹ em funcionamento, atuando nos turnos matutino e vespertino. Cada equipe é composta por assistente social, farmacêutico, psicólogo e médico psiquiatra. Auxiliar administrativo, auxiliar de enfermagem e enfermeiro estão presentes em algumas equipes, este último integrante de apenas uma equipe. Há, atualmente, 47 (quarenta e sete) profissionais de saúde mental atuando nas URS' s.

Uma primeira constatação diz respeito à heterogeneidade na composição das equipes. Elas são diferentes em sua composição seja do ponto de vista do

³⁹ Unidade Regional de Saúde de Serra Sede, Feu Rosa, Serra Dourada III, Jacaraípe e Centro Regional de Carapina. A este respeito ver capítulo II da dissertação.

número de profissionais e das categorias que a compõem. De acordo com a Coordenadora de Saúde Mental a proposta inicial previa composição homogênea das equipes no tocante ao número de profissionais por cada categoria profissional, por turno, nas URS. Ainda, segundo seu relato, alguns fatores contribuíram para a não homogeneização do quantitativo de profissionais por categorias nas equipes: a insuficiências de médico psiquiatra aprovado no concurso público e o remanejamento de profissionais das demais categorias para outros projetos da área da saúde.

Outra constatação refere-se à diversidade dos atores e saberes que se inserem neste processo o que culmina em práticas e percepções heterogêneas. Essa diversidade reflete na riqueza da prática constituída e captada no material empírico coletado e que será a partir de agora explanado.

A política de saúde mental foi um dos temas abordados na pesquisa e, constatou-se, em certa medida, a existência de um consenso no que se refere ao conhecimento desta política vigente no país. Há que se destacar, que este tema mobilizou o debate entre os pesquisados sendo este abordado através das questões que envolviam a micropolítica e o cotidiano da organização do serviço. Neste aspecto, Cecílio (2001) assinala que é necessário “[...] enxergar como o “micro” está no “macro” e o “macro” está no “micro” e que esta recursividade, mais do que uma formulação teórica, tem importantes implicações na organização de nossas práticas” (ibidem, p. 113, 2001). A micropolítica permeou as discussões e os debates nos grupos, pois a discussão da macro política se deu a partir das experiências desses atores no seu cotidiano profissional.

Neste contexto, foram apontados e identificados os desafios, os embates, as dificuldades e os avanços presentes neste processo de construção da atenção em saúde mental, neste serviço de base territorial.

Como descrito no capítulo anterior, para muitos profissionais esta experiência consistiu na primeira aproximação com a saúde mental como objeto de trabalho o que gerou uma série de significados e sentimentos entre os profissionais. Os relatos demonstraram os diversos sentimentos daqueles profissionais que pela

primeira vez se viam atuando com pessoas com transtornos mentais: surpresa, apreensão e insegurança.

[...] no início fiquei muito espantada em trabalhar com esquizofrenia, psicose, isso é diferente do que no consultório, [...] mas percebi, que tinha também o movimento de estar procurando caminhos diferentes, para [nossa] realidade [...] nós tivemos uma facilidade muito grande de estar trocando idéias, alguns com mais experiência na área, outros com menos (E1).

Nossa estou num programa de saúde mental! E agora? [risos] (E3).

Ninguém fica no programa de saúde mental se não se sensibilizar e se não gostar, se não acaba se afastando. Eu acho que todos os profissionais aqui abraçaram o programa, com todas as dificuldades, cada equipe, tem conseguido fazer uma diferença (E 5).

No decorrer do processo estes sentimentos deram lugar à determinação, ao questionamento e postura crítica, a apropriação de práticas e saberes construído individual e coletivamente gerando um empoderamento desses atores a partir da prática cotidiana.

Os espaços de construção, de trocas e da capacitação ainda são considerados insuficientes. São reconhecidos como espaços aqueles criados na estrutura da Coordenação Municipal de Saúde Mental: reuniões de planejamento, encontros e seminários. Também, foi mencionado o Fórum Estadual de Saúde Mental como espaço colegiado de trocas, de problematização e de debate sobre a saúde mental.

Quando eu participo dos fóruns de saúde mental, eu percebo essa fala de tentar transformar esse modelo, [...] eu gostaria de ter mais subsídios para estar trabalhando com pacientes com transtorno mental grave. Eu sinto que eu não tenho [...] (E 1)

[...] considera-se o Fórum como uma forma de capacitação [...] (E 5).

A necessidade de uma política de educação permanente⁴⁰ se constituiu em outro aspecto recorrente abordado como forma de ampliação da capacidade de atuação e como “potencializador” dos profissionais para lidar com o novo. Esta

⁴⁰ A educação permanente, como um processo, é necessária à implementação do SUS sendo de responsabilidade dos gestores em âmbito estadual e municipal. Entende-se que o aprofundamento das concepções teórico-conceituais, de instrumentos operativos e de reflexão sobre a prática contribui para a mudança no modelo de atenção, na ampliação da prática em saúde mental e capacidade de respostas por parte das equipes.

percepção diz respeito tanto dos profissionais recém chegados à área da saúde mental quanto aqueles com experiência.

Eu acho que a prefeitura deveria investir mais em capacitação, [...] nós sentimos falta de uma capacitação específica em saúde mental (E 4).

[...] o município não deu conta de capacitar quem chegou. Não tinha esse planejamento [...] (E 5).

A rotatividade dos profissionais nas equipes ocasiona um desconforto e certo desencanto em algumas equipes. A transferência destes profissionais para outros setores, rompe vínculo e processo de trabalho estabelecido e reduz o quantitativo de profissionais causando desgaste nas equipes, uma vez que esperavam que com o concurso este fenômeno não mais ocorresse. Um dos fatores que contribuem para esta rotatividade pode estar ligado à falta de identificação com a área da saúde mental, uma vez que o critério adotado na lotação para a área da saúde mental foi a classificação no concurso público.

O que se constatou foi que a pouca experiência em saúde mental de alguns profissionais, a inexistência de uma política de educação permanente e a rotatividade dos profissionais não se constituiu em impedimento para a estruturação e consolidação do serviço. Esses elementos estiveram presentes em vários momentos da pesquisa, mas foram transformados em propostas para a ampliação do serviço de saúde mental e em superação da equipe.

Cabe um destaque ao empenho, ética e compromisso profissional e porque não “uma dose de militância” dos profissionais de saúde mental que atuam nas equipes, pois se trata de um trabalho árduo e em construção e requer uma capacidade de superação de obstáculos e um acreditar constante. A efetivação da política de saúde mental no município está (re) significando o lugar da loucura para estes profissionais e para o território e, conforme declarado em um dos grupos, “[...] estamos gerando uma nova cultura em saúde mental” (E 3).

5.1.1 A relação dos atores com o projeto político-institucional

O projeto político-institucional tem como diretriz o redirecionamento do modelo de atenção em saúde mental e a priorização do atendimento a um conjunto de demandas explicitadas nos documentos oficiais do município⁴¹. Destaca-se, dentre os documentos, o Protocolo de Funcionamento (Serra, 2000) que detalha as características operacionais do serviço: definição das atribuições dos profissionais por categoria e da equipe multidisciplinar e do fluxograma do atendimento em saúde mental nas URS's.

A relação dos atores com o projeto político-institucional é de adesão, demonstrada na crença e na viabilidade da atenção e no acesso das pessoas com transtornos mentais neste tipo de serviço.

Eu acredito que o programa está posto, está colocado com todas as informações e a vontade política de instituir isso aí, mas é possível aprimorar bastante [...] (E 4).

[...] eu sou otimista [referindo-se ao trabalho] [...] (E 5).

[...] esse acompanhamento tem um retorno muito bom, porque nós temos pacientes esquizofrênicos que comparecem e participam. Este é um trabalho que tem futuro (E1).

De maneira geral, os profissionais reconhecem os avanços do município manifestando-os de diferentes maneiras. Para alguns “[...] o trabalho está razoavelmente organizado devido à contribuição dos profissionais” (E 2) e, para outros “[...] este trabalho tem futuro, mas tem que ter mais investimento” (E 1). O que não é consensual em relação ao projeto político-institucional é a priorização estabelecida e sua concretização na prática, pois o contato com a realidade de cada território tem apresentado novas questões para as equipes e tal fato tem limitado a capacidade de resposta destas.

[...] apesar da proposta da política nacional, [...] tem a proposta do município, mas o que eu percebo é que há uma distância enorme entre o que é proposto. Eu acho que é isso que gera tanto conflito, porque a sensação que eu tenho, é que quem fala da proposta fala uma língua e

⁴¹ A este respeito ver o capítulo 2 desta dissertação.

quem faz fala outra, as pessoas precisam se escutar, eu acho que quem faz a política precisa estar escutando o que está sendo feito (E 2).

Há equipes que defendem a existência de uma direção institucional mais “forte” por parte do gestor municipal no sentido de fazer valer a diretriz do programa. O depoimento a seguir demonstra que frente a um campo de tensão, esta equipe opta por seguir o que está instituído.

[...] gostaria que tivesse uma direção mais clara do programa de saúde mental, com definições mais simples de serem seguidas, que não dependessem tanto dessa flutuação das equipes, [remanejamento de profissionais], que tivesse mudança, reorganizações, mas que isso não conseguisse desestruturar o trabalho. Basicamente isso, fosse priorizado o paciente de transtorno mental grave [...] (E 5).

Um aspecto merece ser destacado: há entendimentos diferenciados entre os profissionais da equipe de saúde mental em relação ao Protocolo de Funcionamento e a priorização estabelecida neste, mesmo este tendo sido resultante da construção coletiva realizada entre a Coordenação Municipal e os profissionais da saúde mental. Nesse sentido, foi dado destaque à questão da demanda em saúde e este tema será descrito posteriormente.

A construção do Protocolo de Funcionamento considerado como um marco na organização do serviço não foi suficiente, para que a priorização definida neste se concretizasse, pois há posições contrárias em relação à priorização estabelecida, mas estas não refletem o consenso entre equipes e, até mesmo, entre membros de uma mesma equipe. Cabe ressaltar, que a técnica do grupo focal não busca a formação de consenso na entrevista grupal e sim trazer a tona questões para discussão e aprofundamento, como aconteceu com este tema.

Eu acho muito complicado categorizar a questão da gravidade pelo diagnóstico. Você pode ter um transtorno de ansiedade muito grave e então, isso precisa ser questionado e a política tem que estar tomando a frente nesse sentido. Às vezes na triagem o profissional não sabe como dar conta, você precisa estar em equipe para decidir junto [...] eu penso que o protocolo não dá conta de fazer essa seleção (E 2).

O relato acima exemplifica a discordância da priorização estabelecida no Protocolo de Funcionamento. Aponta, também, para a necessidade do acolhimento e do estudo de caso em equipe para a inclusão no atendimento em saúde mental, independente da priorização estabelecida no protocolo.

Para alguns profissionais o Protocolo de Funcionamento define claramente a priorização do serviço, mas para outros há a necessidade de uma definição de um eixo norteador mais claro e preciso. Há ainda, aqueles que discordam da priorização estabelecida por entenderem que desta forma não se capta o que população demanda.

Diante deste impasse, propostas foram sendo apresentadas e incluem desde a ampliação de recursos humanos para atender as demandas de outros programas, a criação de novas equipes de saúde mental em Unidades Básicas de Saúde, a uma posição mais incisiva da coordenação de saúde mental no sentido de fazer cumprir o priorizado.

[...] se é para atender essa outra demanda, se é que tem que atender dessa forma [...] neuroses mais simples, que não são transtornos graves, eu acho que tem que criar outros tipos de atendimento (E 5).

Em geral, ao abordarem coletivamente este tema apontou-se para a perspectiva da ampliação de serviços em saúde mental e para a construção de uma rede de saúde mental. As equipes ao discutirem este tema colocaram-se em certa medida, como expectadores e não como atores privilegiados para interferirem neste processo, uma vez que as alternativas apontadas eram externas à dinâmica da equipe, pois há uma expectativa de decisão vertical do Gestor sem apontar para uma negociação sociotécnica envolvendo todos os atores: Gestor, Coordenação de Saúde Mental, da URS, profissionais de saúde mental e usuários.

5.1.2 Saúde Mental na Unidade Regional de Saúde

A Unidade Regional de Saúde, como espaço físico⁴², mantém as características das Unidades Básicas de Saúde: possui consultórios individuais, sala de reunião,

⁴² As URS de Feu Rosa, Jacaraípe e Serra Dourada III, são amplas, possuem bom estado de conservação e possuem auditório. A URS de Serra Sede, de menor tamanho, não mantém o mesmo padrão das demais. Já o Centro Referência de Carapina tem uma infra-estrutura precária e inadequada para a realização do trabalho.

sala para pequenos procedimentos, sala de imunização, dentre outros. A diferença está no tamanho e quantidade de serviços oferecidos, posto que se concentram os atendimentos especializados e programas específicos, como o de saúde mental. É neste espaço que o serviço de saúde mental se insere e realizam as ações de atenção, acolhimento e tratamento aos usuários da saúde mental em cada território.

Em todas as equipes, a exigüidade do espaço físico para a realização de trabalho em grupo e de oficinas terapêuticas foi mencionada como limitante para a realização do trabalho de atenção psicossocial, pois segundo os relatos o auditório da URS é utilizado para as atividades internas e externas à área de saúde, dificultando o planejamento e a realização do trabalho. Em virtude disso a maior reivindicação das equipes está relacionada ao espaço físico para a realização de oficinas terapêuticas.

Discutir a inserção da saúde mental nas URS vai além da utilização do espaço físico, pois desvela a compreensão dos atores envolvidos no território acerca da inclusão social da loucura e traz à tona os preconceitos, o desconhecimento, mas também a possibilidade de estabelecimento de novos vínculos entre os profissionais da saúde da URS com a temática e de perspectivas para a saúde mental.

A aproximação com o território introduz no cotidiano da instituição de saúde, dos demais profissionais de saúde e da população a temática da saúde mental, uma vez que, historicamente esta atenção era realizada em hospitais especializados e, portanto, distante da dinâmica do território. Uma das primeiras constatações nesta aproximação, diz respeito à existência, ainda, da reprodução da cultura de segregação e de práticas desarticuladas, que desconsideram o usuário de saúde mental como um cidadão pertencente ao território.

[...] nas Unidades de saúde, eu acho em todas elas, uns lugares menos outros mais, há uma ligação dessa cultura anterior de exclusão de segregação, de menosprezo à pessoa com transtorno mental. Então precisa primeiro para se trabalhar numa Unidade de saúde reconhecer estas pessoas como cidadão (E 3).

A responsabilidade pelo usuário de saúde mental passa a ser exclusiva da equipe de saúde mental e segundo alguns relatos “[...] a equipe [de saúde mental] é a porta de entrada da unidade” (E 2). Percebe-se que há uma desresponsabilização dos demais profissionais da Unidade no cuidado a esse usuário.

[...] porque o nosso paciente é discriminado por todos os outros profissionais, quando chega o paciente de saúde mental eles encaminham para a nossa equipe. O pessoal não quer cuidar deles não. Eles dizem que é o “paciente mental”, não é o paciente da Unidade (E 1).

Este relato demonstra a necessidade de trabalho permanente no interior da Unidade para a mudança de cultura e introdução de novas formas de atenção ao usuário, pois este precisa ser reconhecido como usuário da URS e do território e, portanto, a atenção em saúde é da responsabilidade de todos.

Em contrapartida em algumas Unidades há uma forma diferenciada de acolhimento ao usuário, o que não significa a realização de uma atenção integral, mas os depoimentos apontam a receptividade dos demais usuários e funcionários na circulação e utilização do espaço coletivo, mesmo que ainda de forma pontual.

[...] aqui não tem discriminação da população com o doente, eu não sinto isso. Eu vejo muito acolhimento, eu percebo um acolhimento [...] há aqueles que não saem da Unidade e, às vezes, você passa tem uma usuária carimbando os papéis junto com a atendente [...] (E 5).

Uma das estratégias utilizadas em algumas equipes é a realização de um trabalho horizontalizado no interior da Unidade, em que são feitos contatos e discussões com profissionais e demais funcionários de outros “programas” visando uma sensibilização para uma abordagem mais integral e desconstrução da lógica manicomial.

Como pode ser visto nos relatos a seguir há uma necessidade de veiculação das informações sobre saúde mental no interior da URS tendo como finalidade a

formação de uma rede apoio e também para possibilitar aos demais profissionais uma aproximação com os usuários de saúde mental.

[...] temos que trabalhar na própria Unidade, sensibilizar os profissionais [...]. Nós temos interesse em ampliar o trabalho aqui dentro com o pessoal da recepção, o pessoal da limpeza, esclarecer as pessoas do que é o programa, como nós trabalhamos (E 3).

Além do paciente, tem a questão dos outros profissionais da Unidade porque nós recebemos uma enxurrada de encaminhamentos [...] é uma questão de eles entenderem como funciona o programa, pois a própria equipe da Unidade é muito deficiente nisso (E 4).

O que se constata é a parceria individual envolvendo profissionais de outros programas para o apoio em determinadas situações, como por exemplo, a prescrição de um medicamento de urgência na ausência do psiquiatra ou um atendimento especializado em outras áreas.

Alguns profissionais atendem. O ginecologista, os clínicos. Estes se dispõem a estar conversando, atendendo, fazendo exames ginecológicos, [...] mas de novo vai pelo profissional (E 5).

Este depoimento retrata o caráter pontual da atenção destinada ao usuário da saúde mental por outros profissionais, contrariando a lógica da responsabilização do serviço de saúde pelo usuário.

Um dos aspectos apontados como dificultador do trabalho diz respeito ao não entendimento de determinadas Coordenações da URS em relação às especificidades do trabalho da saúde mental, pois há uma pressão sobre o quantitativo de atendimento a ser realizado pela equipe e o não reconhecimento do processo de trabalho da equipe.

[...] quanto à rotina na unidade está difícil, porque o sistema, ainda tem um ranço, de que reunião não é trabalho, que planejamento não é trabalho, que tem que fazer o quantitativo da produção e não a qualidade [...] (E 3).

[...] eles querem quantidade, nós passamos por um período aqui de ter que dar conta da produção X, produção X e nós tivemos que dar conta. Então isso nos limitou na questão do trabalho com grupos, nas orientações, esse tipo de trabalho que acabamos deixando para lá porque eles querem quantidade, isso tem que ser mudado (E 2).

As múltiplas cobranças: atendimento quantitativo e por produção; atendimento a demandas de outros “programas e projetos” não relacionados à saúde mental, a insuficiência de recursos humanos e em algumas Unidades não entendimento do processo de trabalho da equipe “[...] reunião de planejamento para ela (coordenação da URS) não é trabalho” (E 3) tem levado os profissionais a considerarem que há um descompasso entre a Coordenação de saúde mental, da URS e da Secretaria Municipal.

[...] nós começamos a nos deparar com os obstáculos. Primeiro, com a falta de apoio institucional, as reuniões que fazemos nem sempre são bem vistas, porque há uma pressão muito grande do dia-a-dia de estar atendendo o usuário a todo instante [...] ter que produzir consulta e procedimento [...] (E 3).

Os profissionais criticam esta postura por entenderem que demonstra falta de entendimento da proposta, apoio institucional e de valorização do trabalho, dificultando uma ação coletiva e a manutenção de novas práticas. Demonstra ainda, a desarticulação entre o projeto político-institucional da saúde mental e a lógica de produção ambulatorial que permeia o sistema de saúde.

Os dados da pesquisa não demonstram haver uma articulação entre as equipes de saúde mental com os recursos existentes no território, como escolas e igrejas, para a identificação e utilização dos espaços coletivos. Esta prática extra-muros pode contribuir para aproximação e reconhecimento entre profissionais e usuários do serviço e ampliação do projeto político-institucional.

Destarte, o serviço de saúde mental em URS tem demonstrado ser potente no sentido de ampliar o número de respostas da política pública de saúde na atenção e cuidado às pessoas com transtornos mentais, pois contribui com a circulação de saberes, práticas e cultura antimanicomial possibilitando sua disseminação a outros atores e em outros espaços coletivos.

Há uma credibilidade na proposta e uma criticidade no sentido de ampliar os espaços técnicos e políticos de atenção às pessoas com transtornos mentais. Além da heterogeneidade, os depoimentos acima demonstram o envolvimento

dos profissionais com a proposta político-institucional e com a possibilidade de expansão da inserção do serviço saúde mental nas URS.

5.2 O COTIDIANO DAS EQUIPES: PRÁTICAS E PERSPECTIVAS

5.2.1 A Guisa de uma conceituação: demanda em saúde

A demanda em saúde está presente no cotidiano do serviço de saúde mental pesquisado e permeou o debate em todos os grupos. Antes, porém, de apresentar os dados empíricos será apresentada uma breve revisão sobre esta categoria visando ancorar a discussão posterior.

A demanda em saúde no cotidiano das Instituições de saúde é objeto de estudo de vários pesquisadores: Pinheiro (2001, 2004, 2005), Mattos (2001, 2005), Camargo Jr (2004, 2005), Cecílio (2001).

Pinheiro e Mattos (2005) se referem à demanda como um processo socialmente construído sendo um dos nexos constituintes da integralidade⁴³ em saúde. Para esses autores, a demanda em saúde é social e historicamente construída, pois reflete uma luta política entre diversos sujeitos que tensionam e disputam em torno do entrelaçamento de necessidades e poderes. Essa luta expressa a possibilidade de transformação da realidade a partir das experiências de seus atores em suas práticas cotidianas.

Desta forma, a demanda se constrói cotidianamente na luta pela garantia do direito à saúde como questão de cidadania “[...] fruto de um inter-relacionamento entre normas e práticas que orientam os diferentes atores envolvidos (indivíduo, profissional, instituição), que formulam e implementam políticas de saúde, seja de uma localidade, de um estado ou país.” (PINHEIRO, p.12, 2005). Ainda se

⁴³ Integralidade, uma das diretrizes do SUS e o organizador das práticas em saúde, serão neste estudo considerado “[...] como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram” (MATTOS, p. 48, 2001).

destaca que as abordagens teóricas do pensamento econômico analisam demanda e oferta separadamente, considerando a demanda relacionada ao usuário e a oferta ligada ao serviço. Esta dicotomia não apreende a realidade na complexidade de suas relações e impede a percepção da existência da relação e interação entre as mesmas, pois “[...] os elementos constituintes da demanda em saúde surgem de interações dos sujeitos [...] na sua relação com a oferta nos serviços de saúde, em face de um determinado projeto político institucional” (PINHEIRO, 2000, 2005).

Cecílio (2001) analisa a demanda como expressão de necessidades reais de saúde e para Camargo Jr a *demanda por serviços de saúde* resulta de um processo de negociação, mediado culturalmente entre atores que representam diversos saberes e experiências, discordando da concepção de necessidades de saúde por considerá-la ingênua, por conter problemas conceituais e por apresentar uma concepção naturalizada e, portanto vista com um dado imutável.

Uma das implicações da naturalização das “necessidades de saúde” refere-se ao ocultamento da disputa de espaço político, poder, legitimidade e recursos financeiros entre setores do complexo médico-industrial⁴⁴ que buscam caracterizar os serviços e bens que produzem como necessários e adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde. (CAMARGO JR, 2005).

Decorrente desta análise, o autor propõe como alternativa a perspectiva da demanda por serviços de saúde, socialmente constituída, como resultante de um processo de negociação, mediada culturalmente, entre atores representantes dos diversos saberes e experiências e tendo como quadro de referência,

[...] os processos biológicos enquadrados pela biomedicina no seu inventário de doenças, os diversos arsenais técnicos e teóricos criados para enfrentá-las, as experiências corporais e subjetivas dos sujeitos (seu *sofrimento*), as representações socioculturais sobre saúde e doença, os quadros de referência social e (jurídica) sobre direitos e

⁴⁴ Cordeiro, 1980 apud Camargo Jr, 2005. O complexo médico-industrial é formado diversas forças: indústria farmacêutica, de equipamentos médicos, instituições oficiais de formação de pessoal na área da saúde, empresas de medicina de grupo e de seguro-saúde, serviços de saúde público e privado, instituições alternativas de formação de práticas e praticantes de várias formas de terapia alternativa. (Camargo Jr, p.95, 2005)

deveres das pessoas com problemas de saúde e dos profissionais encarregados de atendê-las (CAMARGO JR, p.98, 2005).

Ainda segundo o mesmo autor, esta perspectiva apresenta vantagens, primeiro por considerar que não há distinção entre demanda “real” e “falsa” e sim, que a demanda se estabelece a partir do momento que um pedido de intervenção se enuncia no serviço de saúde. Neste caso, considera necessário o acolhimento da demanda como característica fundante dos serviços de saúde, para que no “processo de negociação sóciotécnica” seja identificada se esta se configura “[...] como um tipo de evento redutível ao repertório de intervenções tidas como eficazes [...]” (CAMARGO JR, p.99, 2005).

Outra vantagem apontada neste processo de negociação refere-se à possibilidade de distinguir os problemas que demandam intervenção de outras áreas permitindo estabelecer pautas de ação intersetorial e, finalmente, a explicitação do processo de co-produção de demanda e oferta, que colocada como decorrente de um processo de negociação, coloca em xeque a idéia de que são os critérios técnicos que determinam quais os problemas de saúde e os direitos na política de saúde.

Para Camargo (2005) torna-se necessário que seja explicitado para os diversos atores o que é definido em cada instância como problema de saúde, as concepções sobre as soluções correspondentes e a lógica geral subjacente a ambas. Portanto, é no cotidiano do serviço de saúde a partir da negociação sociotécnica que a demanda em saúde está sendo construída e problematizada no campo da saúde mental.

A discussão sobre demanda em saúde vem gerando um campo em permanente construção, uma vez que profissionais, usuários e gestor buscam, no serviço de saúde, a concretização de suas expectativas seja pela via da atenção em saúde, da concretização profissional e do cumprimento da diretriz política, o que confirma que a demanda por serviços de saúde é socialmente constituída, fruto de negociação influenciada por estes atores a partir de sua percepção, saberes, experiências e pelo contexto em que se inserem. No material empírico coletado foi possível identificar que este processo tem se constituído em um entrave para

as equipes, uma vez que esta se apresenta de formas diferenciadas e, como tal, vem sendo discutida no interior de cada equipe.

A constituição da demanda em saúde é socialmente construída e está vinculada à interação entre os usuários, os profissionais e os gestores na relação com serviço ofertado, fruto de um projeto político institucional. Essas visões se complementam e integram o mesmo eixo de análise na qual a demanda em saúde é pautada na busca pela integralidade.

Nesta perspectiva os depoimentos dos profissionais apontam para a “tradução” das demandas em saúde definidas a priori pelo projeto político-institucional acrescido do projeto técnico-político dos profissionais e pelo enunciado pela população.

5.2.2 A Demanda em saúde: a busca por serviços de saúde mental modelando a prática

A demanda em saúde se constituiu como categoria analítica e está sendo considerada como condição norteadora responsável pela modelagem do serviço de saúde mental, uma vez que é a partir desta que o processo de trabalho das equipes tem se constituído. O contato com o território na sua multiplicidade desvela para os profissionais uma realidade muitas vezes desconhecida e os aproxima do universo de um território a ser explorado e apropriado coletivamente.

Com os grupos focais percebeu-se que a expressão “demanda em saúde” esteve presente com diversos significados: para demonstrar o pedido de intervenção da população, do gestor e de outras Instituições ou órgãos públicos e também para denominar o processo de trabalho da equipe, o que reforça a posição de Pinheiro e Mattos (2005) que afirmam que a demanda é socialmente construída na interação entre os atores envolvidos, como demonstram os depoimentos abaixo:

As demandas são variáveis: da Justiça, do Conselho Tutelar, [...] pessoas solitárias que buscam interagir com o grupo (E1).

É cobrado neste momento produção e atendimento (E2).

A pressão para os atendimentos é muito grande, é uma população demandante demais (E4).

O que se percebe é que as equipes utilizam o termo para expressar o pedido de intervenção dos atores externos à equipe e não como categoria inerente à prática social da própria equipe. O exemplo a seguir demonstra que a prática social implementada também gera uma demanda em saúde e que para tanto precisa de apoio e de adesão do usuário e de apoio e suporte do gestor para ser concretizada.

[...] apoio psicossocial é uma prática que está sendo injetada como um meio de trabalhar as angústias da existência, sem ser medicamentosa, através de uma outra escuta. (E5).

Um dos aspectos, mais ressaltados em todos os grupos, referiu-se aos atendimentos aos transtornos mentais graves, prioritários na estruturação do serviço. “Os transtornos graves não passam pelo atendimento, é um paciente novo, [...] é um caso urgente, está saindo de uma internação precisa dar continuidade do tratamento, já é agendado para o psiquiatra (E 3)”. Todas as equipes, segundo os depoimentos, acolhem e priorizam os transtornos graves demonstrando que o espaço da Unidade de Saúde é também local de atenção aos casos graves.

Como mencionado no capítulo anterior, as equipes foram unânimes em afirmar que a maioria dos atendimentos diz respeito aos transtornos mentais leve, ou seja, a demanda em saúde gerada pela população usuária do serviço apresenta uma diferenciação da priorização estabelecida pela política municipal.

Aí entra tudo: depressão, (depressão é o que mais tem), alcoolismo, violência, abuso sexual, (criança, adulto) principalmente, violência doméstica. E uso em geral de álcool e outras drogas, álcool até mais que droga. Atendemos muito mais familiares dos usuários (E1).

Nós sabemos que o objetivo central do programa é o transtorno grave, mas não é a grande maioria não [...] são poucos, mas a gente acolhe [...]. Inclusive essa questão sempre me chamou atenção, porque desde que se fala dessa constituição do programa se fala dos egressos da internação psiquiátrica. (E 4).

Depressão, ansiedade, dificuldade de aprendizagem, [...] a grande maioria dos pacientes que nós atendemos são mulheres com problemas relacionados a transtornos depressivos, ao relacionamento familiar, ao relacionamento conjugal, coisas dessa natureza (E 3).

Este fato mobilizou o debate nos grupos sendo este um campo de tensão entre a diretriz do projeto político-institucional e o que está sendo demandado pela população, pela Instituição e pela própria equipe e têm várias nuances e direções, uma vez que há percepções diferenciadas sobre o fenômeno e suas manifestações, ocasionando um embate entre e inter equipe onde se discute sobre a predominância dos transtornos que chegam a Unidade e a prática a ser implementada.

Até pensando e repensando o caso da Unidade o que nos vamos fazer com X por cento de transtorno mental leve? Nós vamos trabalhar de que forma? (E 4).

Eu atendi uma paciente que tem um transtorno leve e que esta virando quase manicomial. Eu acho isso muito grave, porque na verdade agente está aqui para atender, mas não tem um planejamento talvez do que? Então essa paciente tem um transtorno ansioso, tem uma somatização uma coisa bem histriônica, então qual vai ser a nossa estratégia como equipe? (E 4).

[...] a maior parte da demanda na Unidade é de transtornos leves (E 5).

Eu não sei se é a maioria, mas é a maioria que tem estrutura para chegar e pedir por si próprio para ser atendido. Mas eu acho que não é a maioria da demanda (E 5).

Os depoimentos das equipes confirmam os estudos realizados sobre a prevalência dos transtornos mentais na população. Os achados destes estudos apontam que os transtornos mentais severos e persistentes acometem a 3% da população; os transtornos leves 10%, e ainda inclui-se entre esses os transtornos mentais decorrentes do uso indevido do álcool e outras drogas 11,2% e a epilepsia 1% (BRASIL, 2006).

Há um descompasso, em algumas situações, entre o projeto político-institucional e o que é demandado pela população gerando um aparente desencontro entre o planejado e o realizado, necessitando um repensar e um aprofundamento sobre quais são os problemas de saúde mental em cada território.

Em outras equipes o que mobiliza o debate são as demandas pontuais, em que o pedido de intervenção está relacionado ao acesso a direitos previstos em outras políticas, mas que dependem do laudo psiquiátrico para acessá-lo, tais como: o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o passe livre do transporte coletivo, em que o objetivo do usuário é conseguir o laudo médico, ficando refratário a qualquer abordagem profissional e a tentativa de estabelecimento de vínculo com outro membro da equipe, que não o psiquiatra. Em certa medida, o fazer profissional, o projeto político-institucional e atenção psicossocial são colocados como prioridade em detrimento à demanda do usuário.

Em algumas equipes o crescimento populacional decorrente da migração foi apontado como responsável pelo aumento da demanda dificultando a organização do serviço.

[...] o município cresce pelo fator migração. Eles chegam e falam “eu vim para cá, tem um mês, eu morava na Bahia”. Então, quando o município pensa que está conseguindo resolver, chega mais gente, e isto é uma bola de neve, calcularam em cima da população que existe só que cada mês está chegando gente nova (E 1).

Há, também, um entendimento de alguns profissionais que a diversidade dos pedidos de intervenção advinda da população dificulta o planejamento, limita o atendimento aos casos graves e que este embate entre a priorização do projeto político-institucional e a demanda advinda da população torna a política vulnerável.

[...] há uma grande demanda, [...] mães que não sabem lidar com seus filhos, mulheres com depressão, [...] tem uma sociedade adoecida. Então essa é a prioridade da saúde mental, são todos? O modelo da Serra se estabeleceu para dar conta de uma outra situação, então essa política é muito vulnerável (E1).

Outra forma de manifestação refere-se ao atendimento à demanda espontânea e, portanto, não referenciada pelas Unidades Básicas de Saúde ou por profissional da URS ou de outro serviço da rede municipal.

[...] tem a demanda espontânea também, às vezes a pessoa sente a necessidade de procurar um psicólogo [...] Depressão, estresse, ansiedade, síndrome do pânico, dificuldade de crianças na aprendizagem (E4).

Para Mattos (2001), a demanda espontânea pode ser vista como expressão da percepção das necessidades de saúde e não deve ser ignorada na organização dos serviços da saúde e, neste sentido “os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem” (Mattos, p.57, 2001).

Já Delgado (1999) afirma que para estudar o atendimento psicossocial no contexto urbano é necessário superar o modelo da demanda espontânea e tomar a noção de cobertura assistencial e referência domiciliar como indispensáveis à organização dos serviços e na clínica através da construção de uma rede de serviços de base territorial.

Os autores analisam este fenômeno de ângulos distintos, o primeiro ao considerar a inserção do serviço no território e a necessidade de capturar os principais problemas de saúde existentes para identificar aqueles passíveis de resposta e os que dependem de políticas intersetoriais. Delgado ao tomar a noção de cobertura assistencial focaliza o transtorno grave e aponta para a construção de uma rede de serviços para atenção dos demais quadros.

Outra manifestação da diversidade da demanda apresentada pela população está ligada às expressões da questão social na busca pelo serviço de saúde: desemprego, violência, isolamento, abandono e, até mesmo, o que o usuário não consegue denominar ou classificar como “problemas de saúde” são demandados para o atendimento da saúde mental.

[...] as questões se cruzam, muita gente sem emprego, muitos pais desempregados. [...] Muita violência doméstica (E 2).

Demandas para a saúde mental: famílias muito doentes, pobreza, fome, miséria, meninos de rua em situação de risco, desemprego, Situação social: migração contribuindo para aumento da demanda. [...] a maioria vem por causa da solidão, para interagir com o grupo. (E 1).

É a realidade social, tem a questão social da violência, da fome, miséria, fora o quadro psiquiátrico. Demanda de “crônicos” de ambulatório que precisam contar um problema que, de repente, não é nem para aquele momento. Desemprego, violência doméstica, quem bate também procura (E 2).

Luz (2004) chama a atenção para o lugar que a saúde passa a ocupar no mundo capitalista “[...] um depósito de significados e sentidos que não encontram guarida na ordem racionalizada” (ibidem, p.19, 2004). Destaca que a saúde possivelmente está no lugar do conagraçamento e festas que não existem no mundo do trabalho e assim:

[...] legitimando situações de cuidado que eram antes assumidas por instituições ou instâncias específicas, com a família, ou a escola, ou organizações sociais específicas, e outros casos: a situação de isolamento e abandono de pessoas idosas ou mulheres sós, ou adolescentes revoltados e incompreendidos etc (LUZ, p.19, 2004).

Diversos motivos levam as pessoas a freqüentarem a Unidade de Saúde dentre eles aqueles que “[...] dizem respeito à angústia de uma vida que, a cada dia, torna as pessoas mais isoladas entre si, tomadas pelo medo da violência, destituídas de laços comunitários e, nos últimos anos alheias às relações do mundo do trabalho.” (Araújo p.132, 2005). Diversos depoimentos retratam que este quadro tem culminado em atenção em saúde mental.

[...] eu percebo os idosos que não tem um apoio social ali, então vem para cá, ele não tem uma questão a ser trabalhada ele vem para contar coisas, pelo menos os idosos que eu estou atendendo (E 2).

O lado social está indo para a saúde, todos os problemas têm que dar conta, o posto é aberto. O único problema é que às vezes acontece, um desespero, xingamentos, coisas da vida mesmo, as pessoas vêm procurar o posto acaba tudo na saúde, a porta aberta (E 2).

Há, também, demandas advindas de outros programas pertencentes à própria URS ou Instituições públicas, tais como Conselho Tutelar, Secretaria de Educação e Poder Judiciário. Estas se referem tanto aos transtornos graves, quanto ao uso indevido de álcool e outras drogas e transtornos leves. O que, novamente, ocasiona uma tensão entre os princípios do projeto político-institucional com o que está sendo demandado pela população e pela Instituição.

[...] porque é muito complicado de se atender, a demanda [institucional] existente que, se pensarmos em termos de transtorno real nós temos o transtorno e uma quantidade enorme de outros que não são: dificuldade de aprendizado, problemas familiares, comportamentais, coisa que não foca o transtorno. Na verdade é uma necessidade e a gente absorve essa demanda (E 5).

[...] nós somos solicitadas para assumir tudo [...] (E 3).

Basicamente é isso, que fosse priorizado o paciente de transtorno mental grave, mesmo. [...] Está colocado no protocolo, mas aí vem trinta ofícios da Secretaria de Saúde pedindo para agente atender criança, funcionário [...] (E 5).

Houve uma tendência, entre os participantes do Grupo Focal, em afirmar que a oferta de serviço direciona a demanda, como apontado por uma das equipes “A oferta de serviço estimula também a busca, é próximo, é perto de casa [...] (E3)”, mas não é apenas isso. Neste caso o que determina é o fato deste serviço ser de base territorial, e, portanto mais acessível à população impondo à equipe a adoção de práticas cada vez mais voltadas à realidade local, sem perder de vista as questões globais.

Um dos desafios diz respeito ao conhecimento da realidade e dos traços sócio-econômicos e culturais como forma de interação e constituição de vínculos entre o serviço e a população. Outro desafio é o estabelecimento de uma negociação entre serviço, gestor e população acerca da demanda a ser atendida, sendo que em cada território esta aproximação entre serviço e população pode contribuir para implementação de práticas sociais que contemplem os problemas de saúde da população e contribua com formação do profissional de saúde gerando uma nova cultura em torno da questão da saúde mental.

Na Serra estamos criando uma cultura em saúde mental, debatendo em cada local, [...] conversamos sobre as Portarias Ministeriais [...]. Nós temos nas Unidades uma ligação dessa cultura anterior de exclusão, de segregação às pessoas com transtorno mental, então precisa primeiro para se trabalhar numa Unidade reconhecer a pessoa com o transtorno mental como cidadão (E 3).

Gerar uma nova cultura em saúde mental significa desmontar o modelo manicomial e romper com a exclusão e instituir uma prática que priorize a autonomia, a inclusão e inserção do usuário no cotidiano do território, estimulando-o a construir sua maneira de “andar a própria vida”. Nesse sentido o serviço de saúde mental traz como possibilidade a resignificação da loucura e a inclusão na agenda dos profissionais o debate sobre o tema. É preciso estimular o debate entre os atores no território: equipes, usuários, coordenadores de Unidade, lideranças e estabelecer uma negociação sociotécnica acerca da inclusão e ampliação de serviços, programas e projetos que ampliem o acesso e o direito a saúde.

5.3 O TRABALHO EM EQUIPE: A PRODUÇÃO DE ATOS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

O trabalho em equipe foi um dos temas que também mobilizou o debate em todos os grupos no que se referia ao processo e constituição do serviço. Os depoimentos demonstraram as dificuldades e os desafios do trabalho em equipe no campo da saúde, uma vez que este visa romper com a fragmentação do saber e do processo terapêutico para instituir uma prática articulada, planejada e coordenada entre seus atores e realizar um trabalho centrado no usuário.

Foi possível constatar que o trabalho de equipe oscila entre um trabalho articulado de alguns profissionais na equipe e o trabalho de uma equipe articulada, que trabalha e se planeja para poder realizar suas ações na direção pretendida (VASCONCELOS, 2003).

[...] quando se fala em trabalho de equipe, eu acho que este fica para o setor da psicologia e do serviço social, devido à demanda [para a psiquiatria] ser grande e o tempo que a gente tem disponível [...] (E 2).

[...] tivemos um crescimento muito grande da nossa equipe desde o início até agora, apesar dos atropelos. Por quê? Porque nós estamos juntos, discutindo, brigando, um pensa uma coisa, outro pensa outra, mas nós chegamos num intermediário legal, num acordo [...] (E 3).

A organização [da equipe] está sendo legal, porque tem uma certa autonomia na equipe, de estar trabalhando da melhor forma [...] (E 3).

[...] as equipes não são totalmente informadas ou não são totalmente integradas, [...] os profissionais ainda estão se adequando, se fixando nas equipes [...] (E 5).

Há distintos momentos na formação e no processo de trabalho das equipes, sendo que os relatos apontaram para um trabalho em permanente construção e constituição. De maneira geral todos os profissionais são favoráveis à realização do trabalho em equipe, mas os relatos apontaram as dificuldades em sua realização. Os motivos alegados para essa permanente construção dizem respeito às diferentes visões dos profissionais acerca do trabalho em equipe e também à rotatividade destes na equipe.

Uma das estratégias utilizadas pela Coordenação Municipal de Saúde Mental para o estímulo ao trabalho de equipe e definição dos processos de trabalho é a realização de reuniões de planejamento e de alinhamento conceitual com envolvimento dos profissionais. Esta estrutura horizontalizada é percebida sob vários ângulos,

[...] a coordenação envolve os profissionais [...] há reuniões mensais com as equipes de todas as unidades para que se trabalhe da mesma forma [...] (E 1).

Não se pode afirmar que as equipes realizem o trabalho totalmente articulado e planejado, ou seja, interdisciplinar (Japiassu, 1977; Vasconcelos, 2002), uma vez que a ausência do psiquiatra e do enfermeiro seja na composição da equipe ou na realização do processo do trabalho dificulta o trabalho interdisciplinar.

[...] infelizmente, a participação do enfermeiro não é tão efetiva assim [...] (E1).

[...] há muita rotatividade, nós nunca tivemos na nossa equipe um enfermeiro por mais de três meses aqui na Unidade (E 3).

[...] há um distanciamento do médico psiquiatra do restante da equipe, que prejudica bastante o trabalho, nós temos vontade de trabalhar, de estarmos mais próximos, [...] uma coisa que eu acho importante é a adesão maior da psiquiatria conosco (E 3).

[...] a psiquiatria aqui não participa então não se tem uma equipe, como um todo, fazendo esse trabalho (E 5).

A ausência destes profissionais interfere no processo de trabalho e é expresso com questionamento, pois por um lado compromete a atenção integral e por outro, acarreta uma dicotomia no atendimento. O transtorno grave fica sob a responsabilidade da psiquiatria e os outros transtornos a cargo das demais categorias profissionais.

[...] é o funcionamento da equipe, que deveria juntar a psicologia, o serviço social e a psiquiatria trabalhando juntos com os pacientes psiquiátricos ou não. E a questão da equipe, não é uma equipe só no papel, mas compacta e integrada dentro das propostas (E 5).

A demanda de transtorno [grave] fica na psiquiatria, fica tomando remédio e nós não chegamos lá. Nós estamos fazendo alguns movimentos para tentar chegar nessas pessoas que estão “entocadas em casa” para trazê-los para o atendimento e para trabalhar com eles [...]. Na verdade parece que está meio dividida, a demanda da psicologia e a demanda da psiquiatria (E 3).

Essa dissociação no trabalho da equipe é fruto do modelo biomédico⁴⁵ que prioriza a doença e não o usuário do serviço seja por parte da população, e em alguns casos dos próprios profissionais. É preciso, pois colocar a doença entre parênteses e trazer o usuário para o centro do foco (Onocko, 2001).

Tinha um modelo que funcionava dessa forma e a dificuldade que nós encontramos é de estar mudando esse modelo médico, de medicalização e de passar todo mundo pelo psiquiatra. [...] essas tentativas passam pelo perfil dos psiquiatras que estão trabalhando. [...] de estarem inseridos na equipe, estar tentando pensar enquanto programa, porque tem uma forma de trabalho muito individualizada ainda dentro da psiquiatria [...] (E 5).

Romper com esta lógica é assumido como um desafio para as equipes.

Claro que tem os pacientes graves que também são atendidos pela psicologia, mas se fizermos um levantamento, veremos que é a menor parte. [...] isso é uma coisa que temos que mudar, esse é o nosso desafio, se não estaremos reproduzindo a exclusão e o não acesso (E 5).

A rotatividade de profissionais nas equipes, seja por transferência para outras equipes, ou para projetos municipais, também foi apontado como dificultador do trabalho de equipe. Este assunto foi tratado anteriormente ao se abordar a realização do concurso público e tem causado a insuficiência de profissionais nas equipes sendo apontado como responsável pela dificuldade na realização do trabalho e pela sobrecarga no atendimento.

[...] tem a equipe, mas ela não está completa. Além de estar incompleta querem tirar mais profissionais da nossa equipe [...]. Quando a equipe estava completa, nos dois turnos, tínhamos acolhimento, grupo e essas coisas foram se perdendo, porque a equipe foi se perdendo (E 4).

[...] a equipe estava completa quando tínhamos dois psiquiatras tudo funcionando direitinho no início do ano, [...] nós tínhamos a equipe, de manhã, de tarde, tínhamos acolhimento psiquiátrico, grupos, essas coisas foram se perdendo porque a equipe foi se perdendo. A perspectiva de futuro é que essas coisas que se desmantelaram possam voltar, mas o primeiro passo é a equipe completa, o respeito à formação da equipe [...] (E 5).

A variedade e heterogeneidade dos profissionais de equipe levam a uma diversidade de prática e de processos de trabalho. Os depoimentos abaixo

⁴⁵ A lógica e o modelo biomédico estão presentes no cotidiano das instituições de saúde e interferem na prática e no trabalho de equipe. Um dos exemplos da manutenção do modelo biomédico é a baixa inserção do médico no trabalho de equipe. Este profissional, de maneira geral, mantém a prática médica liberal que preserva um padrão de autonomia anulando a noção de equipe ou de trabalho multiprofissional (CAMPOS, 1994).

ilustram a afirmativa, na qual mesmo com as dificuldades encontradas no cotidiano reconhece-se a que as equipes têm buscado inovar e construir novos processos de trabalho.

[...] por mais que se tente fazer parecido cada lugar tem suas particularidades, até cada profissional tem uma forma diferente de trabalhar, mas eu percebo que estamos a caminho, eu me vejo hoje numa relação muito mais próxima com os pacientes [...] então eu estou vendo que as coisas estão caminhando no movimento diferente de outros lugares (E 1).

Ninguém fica no programa de saúde mental se não se sensibilizar e se não gostar [...]. Eu acredito que todos os profissionais abraçaram o programa, mesmo com todas as dificuldades cada equipe tem conseguido fazer uma diferença (E 3).

É esta diversidade de profissionais e olhares, que tem possibilitado o crescimento das equipes e possibilitado a criação de novas práticas no cotidiano do serviço e ao mesmo tempo potencializando seus atores. O trabalho de equipe é considerado como ator privilegiado para romper com o modelo biomédico e introduzir uma prática social. É a partir deste que se pode capturar a demanda em saúde, decidir coletivamente e dar conta das particularidades de cada território.

O que se constata, em alguns casos, é a organização do trabalho em equipe centrada no modelo de agregação vertical de profissões (Campos, 2002). Neste predominando o trabalho especializado caracterizado pelo desentrosamento entre as categorias profissionais, em que “[...] cada um sente-se responsável por fazer apenas aquilo estritamente ligado a sua própria área técnica ou especialidade” (CAMPOS, p. 247, 2002).

Mas pode-se perceber que em outros, há a tentativa de superação deste modelo com a adoção de práticas profissionais voltadas à aplicação dos conceitos de Núcleo e de Campo de Competência e de Responsabilidade (Campos, 2002).

Por Núcleo entender-se-ia o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade [...] os elementos de singularidade que definissem a identidade de cada profissional ou especialista, conhecimentos e ações de exclusiva competência de cada profissão ou especialidade [...].

Por Campo ter-se-iam saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades. [...] Conhecimentos sobre [...] relação profissional/paciente, sobre risco epidemiológico e regras gerais de promoção e de prevenção. Pertenceriam também ao Campo noções genéricas sobre a política, organização de modelos e do processo de trabalho em saúde (CAMPOS, p. 248, 2002).

O Protocolo de Funcionamento ilustra esta tentativa, uma vez que neste são definidas atribuições específicas de cada categoria profissional (núcleo) e atribuições comuns à equipe multidisciplinar (campo).

Outro exemplo de trabalho por Campo de Competência e de Responsabilidade é o grupo de acolhimento ou espera acolhida desenvolvida pelo conjunto dos profissionais de saúde.

Os atos de cuidado⁴⁶ são produzidos a partir dos processos de trabalho das equipes, balizados de acordo com as diretrizes do Programa de Saúde Mental e as atribuições previstas no Protocolo de Funcionamento que estabelece dentre outros: atendimento individual, grupal, cadastramento dos pacientes psiquiátricos, visita domiciliar e reuniões de equipe. O fluxo de atendimento, por sua vez, também foi definido levando-se em consideração as características da equipe e do território ao qual estão vinculados. Desta forma pode-se constatar que este não segue o definido, uma vez que em algumas equipes o primeiro atendimento é realizado pelo Serviço Social que acolhe e identifica a demanda.

O acolhimento é uma estratégia utilizada para a primeira aproximação do usuário com a equipe, principalmente, a proveniente de demanda espontânea, sendo realizado individualmente ou em grupo. Em algumas equipes este fica a cargo do Serviço Social e em outras a cargo de mais de uma categoria profissional.

[...] nós temos uma porta de entrada pela equipe como um todo, nós marcamos um grupo de acolhimento e tem alguns individuais, as pessoas batem na sua porta e querem entender o programa, você ouve um pouquinho detecta certa prioridade, ou traz um paciente grave que está perdido no sistema [...]. Temos estabelecido um acolhimento da abordagem em demanda espontânea [...], tem o atendimento individual pelo serviço social, e então nós tentamos ampliar toda essa avaliação para o grupo de acolhimento (E1).

⁴⁶ Merhy (2005) considera o ato de cuidar a alma dos serviços de saúde. A este respeito ver a obra do autor: Saúde: a cartografia do trabalho vivo.

[...] nós adotamos uma série de procedimentos que permitiu a redução, acabou com a lista de espera, [...] o tempo de acolhimento da pessoa que vem é bem reduzido. São os grupos de acolhimento.

Os casos urgentes, nós conseguimos estruturar de forma que pudéssemos dar atenção maior a essas pessoas, garantindo pelo menos um primeiro acesso de imediato, garantindo uma avaliação inicial (E 3).

O acolhimento é traduzido como “[...] uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários, alterando a relação fria, impessoal e distante [...]” (MERHY, p. 138, 1997) e, conforme os relatos são utilizados com dimensões diferentes no cotidiano das equipes, podendo ser visto, ora como postura profissional, ora como técnica. Como postura implica numa atitude de receber e escutar os usuários e suas demandas, estabelecendo uma relação de interesse, confiança e apoio mútuos entre os profissionais e usuários. E como técnica gera procedimentos e ações organizadas, promovendo o atendimento na escuta, na análise, no acesso ao serviço e nas alternativas aos problemas demandados (SILVA JR & MASCARENHAS, 2004).

Outra estratégia adotada é o “grupo de espera” ou “espera acolhida”. Este tem por objetivo manter o vínculo com o usuário através do atendimento grupal enquanto o usuário aguarda sua inclusão no atendimento individual. Constitui-se, também, em um espaço de acolhimento e de atenção em grupo. Segundo os relatos esta atividade resultou na redução na lista de espera, em algumas equipes.

[...] Nós temos o que chamamos de grupo de espera, na parte da manhã, com a participação do Serviço Social e da Psicologia [...] é como se fosse uma espera acolhida [...]. Nós explicamos como é a equipe, o programa de saúde mental, o atendimento e vamos direcionando os atendimentos para as vagas que temos (E 3).

[...] o grupo também é lugar de escuta, de respeitar o outro, de sigilo, tudo isso é trabalhado com eles [...] Nós tínhamos uma lista de espera com mais de 500 nomes [...] Fizemos grupos [...] é uma espera acompanhada, eles freqüentam a Unidade pelo menos uma vez por mês ou a cada 15 dias [...] acaba que isso não é uma terapia, mas às vezes acaba sendo terapêutica para a pessoa (E 5).

O trabalho em grupo é um processo de negociação sociotécnica entre os membros do grupo e a equipe, e se constitui em espaço com múltiplas intencionalidades: organização do serviço, escuta, acolhimento, e para alguns

terapêutico, portanto, através deste se configura em acesso ao serviço. Dell'Acqua & Mezzina propõem no trabalho terapêutico em saúde mental a escuta organizada, que deve ocorrer em momentos formais e informais, e “[...] tendem a propor percursos de conscientização em relação a estar com os outros, ouvir as necessidades próprias e alheias, conter-se e limitar a expansão de si. [...] mas pressupõe um trabalho dirigido e intencional que produza a circulação de saberes e informações” (ibidem, 180, 2005).

Pode-se afirmar que o acolhimento realizado individualmente ou em grupo tem se constituído em espaço de circulação de saberes e informações, propiciando conhecimento mútuo entre equipes e usuários e gerador de novas práticas sociais no território.

O trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde mental é focado no usuário e desenvolvido em sua totalidade pela própria equipe, numa relação de reciprocidade entre a equipe e o usuário. Há, a princípio, um aspecto positivo nessa “exclusividade na atenção”. Este se relaciona à tomada de responsabilidade, em que a equipe traz para si os atos de cuidado do usuário em suas diversas expressões: no acolhimento, no grupo ou na atenção à crise, mesmo que neste caso a atenção, em sua maioria, seja o encaminhamento à urgência psiquiátrica.

O que se espera, é que o cuidado às pessoas com transtornos mentais seja de responsabilidade de toda Unidade, pois “[...] as questões do sofrimento mental precisam ser detectadas por toda a rede de serviços, mesmo na atenção primária, na rede básica, não sendo necessário o especialista para reconhecê-las” (ALVES & GULJOR, p 224, 2004). Cabe ao serviço de saúde não só reconhecer “aquele que sofre”, mas também, cuidar com toda a dimensão que o conceito implica, ou seja, exercer a “tomada de responsabilidade” de forma integral.

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento

afetivo com o outro (BOFF, 1999 apud ALVES & GULJOR, p 227, 2004).

Este é um caminho que necessita ser percorrido e construído coletivamente.

5.4 A PERSPECTIVA : A REDE DE SAÚDE MENTAL

O último tema abordado no Grupo Focal referiu-se à perspectiva da equipe com serviço de saúde mental na URS, mas o que se constatou, inicialmente, foi a reafirmação de temas e questões que permearam o processo da entrevista.

A expectativa das equipes com o serviço de saúde mental é que este possa acolher e cuidar de seus usuários nos vários momentos da (re) construção de seu modo de andar a vida e, dentre eles, o momento da crise. Isto significa que há uma demanda pela ampliação da capacidade de resposta, não apenas deste serviço de saúde mental, mas também na ampliação de serviços no campo da política de saúde e das demais políticas públicas.

As equipes foram unânimes em afirmar que a perspectiva do trabalho está relacionada à ampliação de serviços e programas sociais, sejam estes vinculados ao campo da política de saúde ou as demais políticas setoriais, ou seja, relacionado à efetivação da rede em saúde mental. O sentido de rede atribuído pelas equipes foi polissêmico (Scherer-Warren, 2002), uma vez que representava tanto conjunto de serviços de saúde, programas e projetos vinculados a diversas políticas setoriais como, também, a relação com as instituições e pessoas vinculadas ao território.

O depoimento a seguir aponta na perspectiva da atenção integral aos usuários e que para ser atingida necessita e é atravessada por diversos campos das políticas públicas, implicando numa pluralidade de iniciativas intersetoriais.

[...] o paciente com transtorno grave precisa de muitas coisas, para realmente seguir a proposta de resgatar sua cidadania, não adianta medicar e fazer terapia. Então tem o aspecto jurídico, político e social [...] (E 5).

Nesse sentido cabe a rede de saúde mental,

[...] responder [as] necessidades de ordem afetiva, material, (renda, moradia, comida, trabalho, habitação, cultura, lazer, etc.) clínica (psiquiátrica, psicológica, sistêmica, etc.), que requerem cada vez mais ações solidárias de governos, voluntariado, e cidadãos comuns (PITTA, 2001).

Os participantes da pesquisa apontaram que a rede de saúde mental é uma estratégia e uma necessidade para a ampliação da atenção integral destes usuários. A noção de rede, para Scherer-Warren, é polissêmica e seu significado varia de acordo com as disciplinas ou abordagens teórico-metodológicas. A autora destaca que no meio científico, os estudos das ações coletivas na perspectiva de redes têm distintos significados:

[...] ora as tratam como um elemento da sociedade da informação que, em si, estrutura-se cada vez mais sob a forma de redes, ora como uma metodologia adequada para investigar essas ações na sociedade complexa, ou, ainda, como uma nova forma de relações/articulações dos movimentos no mundo globalizado, cujas características merecem novas formas de entendimento (Scherer-Warren, p. 63, 2002).

A rede de saúde mental pode ser constituída por serviços assistenciais em saúde: CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos, leitos em hospital geral, ambulatório, etc que possibilitem a atenção psicossocial às pessoas com transtornos mentais, de acordo com a base populacional e a demanda dos municípios e de outros serviços, equipamentos e espaços públicos ou privados que acolham essas pessoas de forma articulada. Mas,

Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços substitutivos de saúde mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articulados outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária. É, portanto fundamento para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, p. 28, 2005).

O sentido de “rede de atenção”, para os profissionais de saúde mental, também, foi descrito para representar um conjunto de serviços na área da saúde ou pontos de atenção em saúde como denomina Mendes (2004). Para algumas equipes, rede também foi apontada na perspectiva de cuidados e apoio social a ser realizada pela família e pela vizinhança.

Utilizando-se do referencial de rede, como ponto de atenção em saúde, foi mencionada a urgência na criação de serviços diversificados de saúde, sejam estes para atender a grupos específicos: a criança e adolescente, o idoso, o trabalhador, seja para ampliar a capacidade de resposta às pessoas que sofrem com transtornos mentais: ampliar o trabalho de saúde mental para as Unidades Básicas de Saúde e criação de novos serviços para atender a diversas taxonomias do transtorno mental.

Foram abordadas a falta de comunicação e a fragmentação do sistema de saúde entre os serviços existentes no qual há uma falta de comunicação entre os pontos de atenção.

[...] é só um movimento de vinda, você pede retorno, envia bilhetes, mas o retorno não vem [...] (E 2).

[...] nós não temos redes, nós temos Unidades isoladas [...] (E 4).

Teve uma iniciativa da Secretaria de Promoção Social em que eles fizeram uma capacitação para formar uma rede, aqui no bairro X [...], fizeram duas assembléias de rede com a participação de várias instituições e ONG's para apresentar o que há na comunidade, mas não deu. Eu nem sei se está funcionando mais. (E 5).

Os relatos demonstram a precariedade na articulação entre instituições do campo da saúde (hospitais, serviços especializados, etc.) e demais políticas e órgãos governamentais e reafirmam a realização de parcerias pontuais e informais, não se configurando em um trabalho permanentemente articulado, o que para eles dificulta o alcance da integralidade.

Retomando o tema sobre a perspectiva com o serviço de saúde mental as equipes indicaram que além da construção de rede de saúde mental, há a necessidade de construção de uma política de valorização do profissional de saúde mental que inclua uma política de educação permanente, remuneração justa e a expansão de espaços de interlocução entre gestor e os profissionais de saúde para a consolidação das práticas sociais.

Campos (1997) chama a atenção para um conjunto de condições necessárias para se pensar a realização profissional e existencial dos profissionais de saúde. Dentre as condições, se encontra o reconhecimento e valorização do resultado de seu trabalho tanto por parte do gestor, do usuário, quanto da sociedade, a

recompensa financeira e a participação ativa dos trabalhadores no processo de construção do serviço ao qual está vinculado. Essas condições descritas por Campos representam à síntese das expectativas dos profissionais de saúde mental pesquisados, em que a questão salarial é um dos fatores atribuídos à valorização do trabalho, aliado ao reconhecimento e a gestão participativa na política de saúde mental.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se propôs estudar as condições norteadoras da modelagem da organização do serviço de saúde mental do município de Serra, seja para conhecer o processo vivenciado seus embates e sua constituição na prática, como para entender o significado desta modelagem e de rede de saúde mental para seus atores. Captar esses fenômenos foi importante para reconhecer as potencialidades das equipes de saúde mental das Unidades Regionais de Saúde na efetivação da política de saúde mental do município, e apreender, também, seus limites e perspectivas.

A política de saúde mental, vigente no país, consolidou novas formas de lidar com o sofrimento psíquico. Formas estas que se expressam em serviços de saúde mental de diferentes modalidades assistenciais implementados ao longo dos últimos anos. São os CAPS's, os programas de moradia, os projetos de geração de renda, dentre outros, compondo a rede de saúde mental no Brasil que tem como norte, na afirmação de Delgado (2004), a inclusão social das pessoas com transtornos mentais. O caminho percorrido demonstra que a reorientação do modelo assistencial em saúde mental vem se concretizando, mas que há muito por fazer, seja pela ampliação de serviços extra-hospitalares e iniciativas de inclusão social pelo trabalho, cultura e lazer, seja pela ampliação e inversão do financiamento entre serviços hospitalares e extra-hospitalares.

No Espírito Santo, a política de saúde mental em seu papel propositivo e de fomento na construção de novos espaços de atenção à saúde mental, tem ampliado os serviços extra-hospitalares, o debate acerca do acesso das pessoas aos usuários da saúde mental e proporcionando o surgimento de novos atores na construção e consolidação desta política. No âmbito estadual há, também, muito que fazer, principalmente quando se constata a existência de serviços de saúde mental em 59 % dos municípios capixabas, significando que há que se criar serviços nos demais municípios e a necessidade de implementação de uma política de educação permanente para os profissionais de saúde mental e de iniciativas de inclusão social do usuário pelo trabalho.

O município de Serra, por sua vez vem obtendo avanços na construção de seu sistema de saúde em conformidade com as diretrizes do SUS. No campo da saúde mental, está em consonância com as diretrizes desta política ao reorganizar o modelo assistencial com a criação e implementação de equipes de saúde mental nas Unidades Regionais de Saúde, com a implantação de um CAPS-ad (álcool e drogas) recentemente e, também, com os projetos de Educação e Saúde Mental e Núcleo de Atenção Psicossocial aos Apenados está construindo novas formas de lidar com o sofrimento psíquico.

Os resultados desta pesquisa demonstraram que as diretrizes político-institucionais nortearam a construção do serviço de saúde mental no município. As condições constituídas para a sua efetivação foram concretizadas e materializadas na elaboração dos instrumentos de gestão: Plano Municipal de Saúde Mental, no Protocolo de Atendimento e nos Relatórios de Gestão, na definição dos usuários do serviço e na realização do concurso público que institucionalizou a política pública ao designar os profissionais de saúde para dar concretude ao projeto político-institucional. No entanto, o que realmente modela a organização do serviço e efetiva a política de saúde mental são as práticas sociais desenvolvidas pelos profissionais no cotidiano da instituição na relação com a demanda em saúde de cada território e, nessa relação entre o constituído e constituinte é que o serviço de saúde mental vem sendo operacionalizado e moldado.

Diante disso, pode-se afirmar que os profissionais são atores privilegiados deste processo, pois são eles que ao produzirem os atos de cuidado em saúde mental materializam a política e realizam a mediação entre o projeto político-institucional e a população. Pôde-se constatar que esta experiência é revestida de vários significados para estes profissionais: surpresa, apreensão, comprometimento, encantamento e desafio, pois a construção de um novo modelo de atenção implica, não somente, em somar os saberes e práticas, mas também, exercitar o potencial criativo desses atores, rever as práticas sociais, superar as barreiras institucionais, descobrir novas potencialidades e recursos num contexto institucional que nem sempre está preparado para essas mudanças.

Foram essas constatações que inspirou o título desta pesquisa, pois a *surpresa* inicial dos profissionais em trabalhar com a saúde mental e a verificação da complexidade das questões apontadas no cotidiano não impediu que a transformassem em *encantamento* com este campo, expresso em perspectivas, propostas e criticidade que impulsionam e potencializam esses atores, o serviço e a política municipal.

O território, categoria teórica e empírica, considerada como território-processo em permanente construção extrapola as dimensões geofísicas das Unidades Regionais de Saúde de referência e desta forma desvela as relações sociais, econômicas e culturais, como também os conflitos, contradições, sonhos e expectativas do cidadão-usuário. É nesta proximidade com o território que emergem as demandas em saúde, construída e constituída socialmente, advindas da população, da instituição de saúde e dos profissionais de saúde mental, portanto faz-se necessário a apropriação do território para a ampliação da prática social.

A demanda em saúde é socialmente construída, pois reflete um campo de tensão e de luta política travada no interior da URS, entre os profissionais, usuários e gestores em que o acesso ao serviço de saúde e a integralidade se constituem em meta a ser alcançada. Nesse sentido, concordo com Pinheiro e Mattos (2005) que afirmam que a luta política expressa a possibilidade de transformação da realidade a partir das experiências vivenciadas por estes atores.

O campo de tensão e luta política está diretamente ligado ao estabelecido no projeto político-institucional, que propõe a reorientação do modelo assistencial em saúde mental, que tem como prioridade à atenção aos transtornos graves. Os resultados apontaram que estes não são a maioria dos atendimentos realizados, e que os pedidos de intervenção da população estão relacionados aos transtornos leves apresentando uma diversidade de quadros e situações, provenientes da forma de viver e adoecer da população.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a demanda em saúde também vem modelando o cotidiano e as práticas sociais do serviço de saúde mental e que os

desafios impostos consistem em estabelecer cada vez mais uma negociação sociotécnica entre profissionais, usuários e gestores no sentido de ampliarem o conhecimento sobre os problemas de saúde de cada território e as estratégias de enfrentamento desta questão.

Há que se destacar que várias estratégias vêm sendo desenvolvidas pelas equipes de saúde mental, mas a complexidade do fenômeno lhes impõe, cada vez mais, a ampliação do debate e a realização de um trabalho articulado uma vez que atender as demandas em saúde implica na articulação e implementação de um conjunto de ações e serviços de saúde e de políticas intersetoriais.

Portanto, apreender as demandas em saúde de um território requer estratégias que extrapolam as previstas em Planos e Protocolos, necessitam de um “olhar” diferenciado no sentido de ampliar a compreensão, acolhimento e atenção aos usuários, que em vários momentos se concretizará em atendimento em saúde, mas que em outros se constituirá no espaço de contato da população com aquele serviço de saúde.

A proximidade com o território transforma e altera não só o cotidiano do serviço e de seus profissionais, mas também, das pessoas que por ali circundam. Nesse sentido, concordo com Rotelli que afirma que “[...] o serviço territorial se configura como ator de mudança social, como propulsor de transformações concretas em nível local de mudança social nas instituições e na comunidade” (ibidem, p. 51), pois esta proximidade altera as relações estabelecidas entre os sujeitos envolvidos, sejam eles profissionais, usuários ou gestores.

Compartilho, com o declarado em um dos grupos “[...] estamos gerando uma nova cultura em saúde mental” (E 3) e, acredito que a organização de equipes de saúde mental em Unidades Regionais de Saúde traz como possibilidade a mudança de práticas, novos processos de atenção em saúde mental e o acesso às pessoas com transtornos mentais a um serviço que busque a inclusão social e novas maneiras de sentir e viver o sofrimento psíquico em sua diversidade.

Não se buscou tomar os resultados desta pesquisa como parâmetro para a análise da política de saúde mental, mas para através desta, gerar novas possibilidades e repensar a prática social em saúde mental. A continuidade deste estudo implica na produção de pesquisas que visem o aprofundamento da discussão da demanda em saúde em cada território.

A finalização desta pesquisa aponta para a conclusão de uma etapa que contém um produto que se coloca à crítica e considerações que vão permitir o seu refinamento através da continuidade de novos estudos.

REFERÊNCIAS

ALVES, Domingos Sávio & GULJOR, Ana Paula. O Cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubem A. (Org.). Cuidado as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec:ABRASCO, 2004.

AMARANTE, Paulo D. de Carvalho. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIORUZ, 1995.

AMARANTE, Paulo. Cidadania, Silos e Reforma psiquiátrica. In: KALIL, Maria Eunice X. Saúde mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde. São Paulo, Hucitec, 1992, p. 89 –100.

ANDRADE, M.M. de. Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas. 2 ed. São Paulo. Atlas, 1997.

ARAUJO, Maristela Dalbello. O Cotidiano de uma Equipe do Programa de Saúde da Família: um olhar Genealógico sobre o Controle Social. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas e Naturais, UFES, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária – Seminário do Conass para construção de consensos. Brasília, CONASS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. Política Nacional de Saúde Mental – Orientação aos Gestores. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde Mental em Dados. Ano I, nº 2, junho de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental.

Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5ªed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência. 2001. disponível em: <http://www.datasus.gov.br> acessado em: 02/02/06.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2001.

CAMARGO JR. Kenneth R de. Das Necessidades de Saúde à Demanda Socialmente Constituída. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubem A. (Org.). Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro:CEPESC/UERJ:/ABRASCO, 2005.

CAMPOS. Florianita C.B.O. Modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as Modelagens de São Paulo, Campinas e Santos. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Depto. de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A Saúde Pública e a Defesa da Vida. São Paulo: Hucitec, 2 ed. 1994.

CARLINI-COTRIM, Beatriz. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. Rev. Saúde Pública, v. 30 n. 3. São Paulo,1996. Disponível em: <[http// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em 11 de maio de 2005.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubem A. (Org.) Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO. 2001.

CONILL, Eleonor M. et. all. Organização dos serviços de saúde: a comparação como contribuição. Cadernos de Saúde Pública, v. 7, n 2. Rio de Janeiro. www.scielo.br acessado em: 08/02/2006.

COSTA, Maria Eugênia Belczak. Grupo Focal. In: DUARTE, Jorge, BARROS, Antônio. Métodos e Técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo: Atlas, 2005.

DELGADO, Pedro Gabriel. Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. In: Cadernos do IPUB, nº 14, Rio de Janeiro, 1999, p. 113-119.

DELGADO, Pedro Gabriel. **Saúde** mental e pública para todos. O Globo, jul. 2006.

DUARTE, Marco J. de Oliveira. Por uma cartografia em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. In: BRAVO, Maria Inês et all. (orgs.) Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Política Estadual de Saúde Mental. 2000-2003.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Mental. Relatório de Gestão, 2001.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização, 2003. Disponível em <http://www.saúde.es.gov.br>.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde Coordenação Estadual de Saúde Mental. Relatório de Gestão, 2005.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde Coordenação Estadual de Saúde Mental. Distribuição das equipes de saúde mental e CAPS por módulos assistenciais, macrorregiões e microrregiões, 2006.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Proposta para uma política de saúde mental do Estado do Espírito Santo. Vitória, 1995.

FERREIRA, Lilia E. Almeida Ferreira. Análise de política pública de saúde mental: o caso do Estado do Espírito Santo. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psiquiatria. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

GOMES, Maria Elasir S. BARBOSA, Eduardo F. A técnica de Grupos Focais para obtenção de dados qualitativos. EDUCATIVA, Instituto de Pesquisas e Inovações Educacionais, fevereiro, 1999. mimeo.

LUZ, Madel T. Fragilidade Social e Busca de Cuidado na Sociedade Civil de Hoje. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubem A. (Org.). Cuidado as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

LUZ, Madel T. Práticas de Descentralização e Cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubem A. (Org.) Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO. 2001.

MARCONI, Marina de Andrade. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MATTOS, Rubem Araújo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubem A. (Org.) Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO. 2001.

MATTOS, Ruben Araújo. Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubem A. (Org.). Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro:CEPESC/UERJ/:ABRASCO, 2005.

MATTOS, Ruben Araújo. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubem A. (Org.) Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO. 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. A Regionalização e as Redes de Atenção à Saúde: os sistemas integrados de serviços de saúde, um modelo de atenção para o SUS. Oficina de trabalho e alinhamento. Guia do Participante. Secretaria de Estado da Saúde, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. O Processo Social de Distritalização da Saúde. In: Distrito Sanitário – MENDES, Eugênio Vilaça (org.) O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1993.

NOVAES, Hillegonda M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública v. 20 supl. 2. Rio de Janeiro, 2004. www.scielo.br acessado em: 08/02/2006.

PAIM. Jairnilson Silva. Descentralização das Ações e Serviços de Saúde no Brasil e a Renovação da Proposta “Saúde para Todos”. In: _____ Saúde, política e reforma sanitária. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, 2002.

PINHEIRO, Roseni e GUIZARDI, Francine Lube. Quando dádiva se transforma em Saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubem A. (Org.). Cuidado as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec:ABRASCO, 2004.

PINHEIRO, Roseni e LUZ, Madel T. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubem A. (Org.). Construção da Integralidade; cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO. 2003.

PINHEIRO, Roseni et al. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas Considerações Sobre os Nexos Constituintes das Práticas de Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubem A. (Org.). Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/: ABRASCO, 2005.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubem A. (Org.) Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO. 2001.

PITTA, Ana. Tecendo uma teia de cuidados em saúde mental. In: VENÂNCIO, Ana Teresa A. & CAVALCANTI, Maria T. (orgs). Saúde Mental: campos, saberes e discursos. Rio de Janeiro. Edições IPUB, 2001, p. 277-282.

ROTELLI, Franco et al. Desinstitucionalização. Hucitec, São Paulo, 2001.

SANTOS, Milton. O retorno do território. In: SANTOS, M. SOUZA, M. & SILVEIRA, M. Território, Globalização e Fragmentação. São Paulo, Hucitec/Anpur, 4ª ed. 1998.

SARACENO, Benedetto. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial a cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá Editora/ Instituto Franco Basaglia, 1999.

SCHUTT, Russell K. Investigating the social world: the process and practice of research. Pine Forge Press, 2 nd ed. 1999.

SERRA. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2002 – 2005. Serra. 2003.

SERRA. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde Mental. Serra. 1998.

SERRA. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde Mental. Protocolo de Funcionamento. Serra. 2000.

SERRA. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde Mental. Plano de Ação. Serra. 2005.

SERRA. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde Mental. Relatório de Gestão. Serra. 2002.

SERRA. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde Mental. Relatório de Gestão. Serra. 2003.

SERRA. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde Mental. Relatório de Gestão. Serra. 2004.

SERRA. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde Mental. Relatório de Gestão. Serra. 2005.

SILVA JR. Aluisio Gomes & MASCARENHAS, Mônica Teresa Machado. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubem A. (Org.) Cuidado: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO. 2004.

UNGLERT, Carmem Vieira de Sousa. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: Distrito Sanitário – MENDES, Eugênio Vilaça (org.) O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1993.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. Biblioteca Central. Guia para normalização de referências: NBR 6023:2002. 2. ed. Vitória, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. Biblioteca Central. Normalização e Apresentação de Trabalhos Científicos: Guia para alunos, Professores e Pesquisadores da UFES. 6. ed. ver. e ampl. Vitória, 2002.

VASCONCELOS, Ana Maria. A prática do Serviço Social: Cotidiano, Formação e alternativas na área da saúde. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

VIEIRA, Sonia & HOSSNE, William S. Metodologia científica para a área de saúde. RJ: Elsevier, 2001.

WESTPHAL et al. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 120 (6), 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 11 de maio de 2005.

ANEXOS

ANEXO A – GUIA DO MEDIADOR

INTRODUÇÃO

Os participantes terão oportunidade de se apresentarem antes do início dos trabalhos.

DECLARAÇÃO DO MOTIVO E CONFIDENCIALIDADE

Agradeço a todos por concordarem em participar deste Grupo Focal.

O motivo deste grupo focal é identificar a modelagem utilizada na organização do serviço de saúde mental no município.

Por modelagem eu considero a forma como o município tem buscado construir a organização de seus serviços de saúde mental a partir dos modelos existentes: atenção primária e atenção psicossocial.

Com relação à política de saúde mental o município priorizou a implantação de serviços para atender as pessoas com transtornos mentais a partir das equipes nas Unidades de Saúde, utilizando-se, portanto, do referencial da atenção primária à saúde para posteriormente implantar os CAPS, serviço considerado prioritário para a política nacional de saúde mental na reversão do modelo assistencial.

Os comentários são completamente confidenciais. Seus nomes não serão associados a nenhum comentário que venham a fazer. Todas as idéias e comentários que vamos discutir serão gravados. Associaremos estas informações com idéias e comentários coletados em outros grupos focais. Esta é a oportunidade para que vocês exponham o que consideram importantes. Eu os encorajarei a falar sobre suas experiências. Não existem respostas certas ou erradas. Por favor, sintam-se à vontade para externarem o que pensam.

É importante que todos tenham a oportunidade de expor suas idéias, para isso eu irei chamá-los para discuti-las ou mesmo pedir que vocês permitam que o outro fale.

TEMAS DO GRUPO FOCAL

A- Temas gerais

- 1- A percepção sobre a política de saúde mental vigente no país.
- 2- A percepção sobre a política de saúde mental adotada no município de Serra.
- 3- A organização da saúde mental no município de Serra.
- 4- A constituição desta equipe de saúde mental.

B – Temas específicos

- 1- A definição da população-alvo do serviço.
 - Qual a procedência dos usuários?
 - De que forma o usuário acessa esse serviço?
 - Quais os quadros e principais agravos atendidos pela equipe?
 - Como vocês atendem os quadros agudos que chegam a Unidade?
- 2- Significado de trabalhar com saúde mental em uma Unidade de Saúde.
 - Como é trabalhar com pessoas com transtornos mentais numa Unidade de Saúde?
 - Esta equipe trabalha em parceria com outras equipes ou serviços de saúde?
- 3- Futuro do trabalho ou perspectiva desta equipe com o serviço.
 - O que esta equipe espera deste serviço.

Encerramento

Agradeço a contribuição de todos. Enviarei os resultados da pesquisa após a defesa da dissertação.

ANEXO B - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO ESPÍRITO SANTO - ES

1 MACRORREGIÃO CENTRO-VITÓRIA

Municípios	Serviços ambulatoriais				Serviços hospitalares	
	Equipe de Saúde Mental	CAPS	Ambulatório	Residência Terapêutica	Hospital Geral	Hospital Psiquiátrico
Alfredo Chaves	01	-	-	-	-	-
Anchieta	-	01	-	-	-	-
Brejetuba	01	-	-	-	-	-
Cariacica	02	01	-	05	-	112 leitos
Conceição do Castelo	01	-	-	-	-	-
Domingos Martins	01	-	-	-	-	-
Fundão	01	-	-	-	-	-
Guarapari	-	01	-	-	-	-
Itaguaçu	01	-	-	-	-	-
Itarana	01	-	-	-	-	-
Marechal Floriano	01	-	-	-	-	-
Piúma	01	-	-	-	-	-
Santa Maria de Jetibá	01	-	-	-	-	-
Serra	10	01	-	-	-	-
Venda Nova do Imigrante	01	-	-	-	-	-
Viana	-	-	01	-	-	-
Vila Velha	07	01	-	-	-	-
Vitória	01	03	-	-	30 leitos	-

2 MACRORREGIÃO NORTE

Municípios	Serviços ambulatoriais				Serviços hospitalares	
	Equipe de Saúde Mental	CAPS	Ambulatório	Residência Terapêutica	Hospital Geral	Hospital Psiquiátrico
Aracruz	01	-	---	-	-	-
Baixo Guandu	01	-	-	-	-	-
Boa Esperança	01	-	-	-	-	-
Colatina	-	01	-	-	-	-
Ibiraçu	01	-	-	-	-	-
Jaguaré	01	-	-	-	-	-
João Neiva	-	01	-	-	-	-
Linhares	-	01	-	-	-	-
Montanha	01	-	-	-	-	-
Nova Venécia	01	-	-	-	-	-
Ponto Belo	01	-	-	-	-	-
São Gabriel da Palha	01	-	-	-	06 leitos	-
São Mateus	-	01	-	-	-	-
Sooretama	01	-	-	-	-	-

3 MACRORREGIÃO SUL

Municípios	Serviços ambulatoriais				Serviços hospitalares	
	Equipe de Saúde Mental	CAPS	Ambulatório	Residência Terapêutica	Hospital Geral	Hospital Psiquiátrico
Cachoeiro de Itapemirim	-	01	-	-	-	435
Apiacá	01	-	-	-	-	-
Atílio Vivacqua	01	-	-	-	-	-
Jerônimo Monteiro	01	-	-	-	-	-
Presidente Kennedy	01	-	-	-	-	-
Mimoso do Sul	01	-	-	-	-	-
Rio Novo do Sul	01	-	-	-	-	-
Vargem Alta	-	01	-	-	-	-
Castelo	01	-	-	-	-	-
Irupi	01	-	-	-	-	-
Alegre	01	-	-	-	-	-
Bom Jesus do Norte	01	-	-	-	-	-
São José do Calçado	-	01	-	-	-	-

FONTE: Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Mental, 2006.

ANEXO C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A COORDENADORA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL

A - Temas gerais

1 A percepção sobre a política de saúde mental vigente no país.

2 A percepção sobre a política de saúde mental adotada no município de Serra.

3 A organização da saúde mental no município de Serra.

- Há documentos distintos que delineiam a política municipal (Plano Municipal de 1998, o Protocolo de funcionamento de 2000). Eles são complementares? O que levou a Coordenação a elaborar o protocolo?
- O que levou o município a organizar o serviço de saúde mental a partir das equipes nas Unidades Regionais de Saúde?
- Plano Municipal de Saúde propõe a regionalização da atenção como organizador do Sistema de Saúde. Como a saúde mental tem trabalhado tem trabalho esta regionalização / territorialização do serviço?

B – Temas específicos

4 A constituição desta equipe de saúde mental

- Como foram definidas as vagas para a saúde mental: quantitativo, categoria profissional.
- Período de realização do concurso e a posse dos concursados.
- Como foi a seleção dos profissionais e os critérios para atuação na área.

5 A definição da população-alvo do serviço.

- Quais critérios utilizados na definição da população alvo?
- Houve uma alteração desta população em relação ao previsto no Plano Municipal. Quais fatores contribuíram para esta alteração?

6 Futuro do trabalho ou perspectiva desta equipe com o serviço.

- O que o gestor espera deste serviço.

Agradeço a sua contribuição. Enviarei os resultados da pesquisa após a defesa da dissertação.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)