

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

SERGIANY MACEDO DA COSTA

**A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NOS MUNICÍPIOS DE
PEQUENO PORTE E A SAÚDE MENTAL DE QUEM TRABALHA NO CAPS**

São Luís
2013

SERGIANY MACEDO DA COSTA

**A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NOS MUNICÍPIOS DE
PEQUENO PORTE E A SAÚDE MENTAL DE QUEM TRABALHA NO CAPS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Saúde Mental da Universidade Federal
do Maranhão/UNASUS, para obtenção do
título de Especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Flávia Castello Branco Vidal

São Luís

2013

Costa, Sergiany Macedo da

A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE E A SAÚDE MENTAL DE QUEM TRABALHA NO CAPS - São Luís, 2013.

19 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde Mental) – Curso de Especialização em Saúde Mental, Universidade Federal do Maranhão/UNASUS, 2013.

SERGIANY MACEDO DA COSTA

**A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NOS MUNICÍPIOS DE
PEQUENO PORTE E A SAÚDE MENTAL DE QUEM TRABALHA NO CAPS.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Saúde Mental da Universidade Federal
do Maranhão/UNASUS, para obtenção do
título de Especialista em Saúde Mental.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Flávia Castello Branco Vidal
Doutora em Biologia Humana e Experimental
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

1º Examinador

2º Examinador

RESUMO

A política de saúde mental brasileira propõe a estruturação de uma rede de atenção integral constituída por dispositivos que possibilitem a atenção psicossocial às pessoas com transtorno mental, com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. O objetivo principal é identificar a implementação da política de saúde mental na rede de atenção básica em municípios de pequeno porte e observar as vivências das relações de cuidados que permeiam o cotidiano de trabalho e influenciam a saúde mental dos profissionais do CAPS, instituído assim uma Rede de Atenção psicossocial. Realizou-se pesquisa bibliográfica englobando uma observação sistemática do funcionamento da equipe de saúde mental (CAPS), dos cuidadores e da equipe da atenção básica. Pode ser constatado que a implantação dessa Rede de Atenção Psicossocial é praticamente inexistente em municípios de pequeno porte. A atenção básica realiza o atendimento às pessoas com transtorno mental ou sofrimento psíquico pelas Técnicas do CRAS (Centro de Referência e Assistência Social). Psicólogos e Assistentes Sociais trabalhando de forma assistencialista e com atendimentos pontuais, tendo a Atenção Básica pouca participação no processo. A implantação da política de saúde mental com referência no CAPS tornou-se muito difícil e complicada dentro das exigências do Ministério da Saúde, sendo que a burocracia dificulta em muito o processo.

Palavras-chave: Saúde Mental. Assistência em Saúde Mental. CAPS.

ABSTRACT

The politics of Brazilian mental health considers the *estruturação* of a net of integral attention consisting by devices that make possible the psicossocial attention to the people with mental upheaval, psychic suffering and decurrent necessities of the alcohol use, crack and other drugs. The main objective is to identify the implementation of the politics of mental health in the net of basic attention in cities of small transport and to observe the experiences of the relations of cares that permeiam the daily one of work and influence the mental health of the professionals of the CAPS, instituted thus a Net of psicossocial Attention. Bibliographical research was become fulfilled englobando a systematic comment of the functioning of the team of mental health (CAPS), of the cuidadores and the team of the basic attention. It can be evidenced that the implantation of this Net of Psicossocial Attention is practically inexistent in cities of small transport. The basic attention carries through the attendance to the people with mental upheaval or psychic suffering for the Techniques of the CRAS (Center of Reference the Social Assistance). Psychologists and Social Assistants working of assistencialista form and with prompt atendimentos, having the Basic Attention little participation in the process. The implantation of the politics of mental health by referring in the CAPS became very difficult and complicated inside of the requirements of the Health department, being that the bureaucracy makes it difficult very in the process.

Keywords: Mental Health. Service on Mental Health. CAPS.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	06
2	OBJETIVOS.....	08
2.1	Geral.....	08
2.2	Específicos.....	08
3	METODOLOGIA	08
4	REVISÃO DE LITERATURA	09
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
	REFERÊNCIAS.....	18

1 INTRODUÇÃO

O município de Rio Grande do Piauí está localizado no sudoeste piauiense, apresentando uma população segundo o IBGE, de 6.430 habitantes. 8 % dessa população são portadores de algum tipo de transtorno mental, segundo mapeamento realizado atualmente pelos agentes comunitários de saúde do município.

Rio Grande do Piauí é integrante do Programa de Saúde da Família-PSF, com 100 % de cobertura, possuindo 03 (três) equipes que fazem anualmente um total 9.207.00 atendimentos/ano.

O município não dispunha de atendimento especializado em saúde mental, tendo como referência a cidade de Floriano distante 160 km. Com a implantação do CAPS I em Rio Grande do Piauí, diminuiu a demanda para a cidade de Floriano. O proposto pela política de saúde é de que o atendimento seja o mais próximo à moradia do usuário.

A implantação do CAPS em pequenos municípios torna viável uma maior aproximação dos municípios consorciados ao centro, tornando o acesso mais fácil, rápido e econômico para todos os municípios agraciados com essa parceria.

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, igualdade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Mesmo que contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência do recolhimento do indivíduo ao asilo.

Vale destacar, o conceito de Reforma Psiquiátrica que consiste em um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995).

A reforma psiquiátrica tem na sua essência a busca incessante do direito e da cidadania, não podendo se dissociar das dificuldades que a humanidade vem enfrentando, diante da deteriorização da qualidade de vida, no que diz respeito à violência urbana e na crescente diferença social e econômica.

Desta forma, preconiza a reabilitação psicossocial das pessoas que apresentam transtornos mentais, com respeito e recontextualização das suas diferenças, preservação de sua identidade e cidadania, envolvimento por parte dos familiares e responsáveis e transformar o hospitalismo e a dependência em institucionalização e autonomia.

Vislumbremos nas disposições gerais da Lei 8080/90 onde consta que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Diante de tantas discussões, vale ressaltar um eixo temático de considerável relevância, trata-se da reorientação do modelo assistencial que surgiu com o advento da reforma psiquiátrica, onde consiste em um processo complexo e de diversos caminhos que vêm sendo trilhados e que indica a urgente inóvia de analisar o momento atual e preparar propostas, estratégias e metas para que efetivamente possamos transformar o modelo atual, consolidando a implementação, no contexto do SUS, de um modelo de atenção em saúde mental totalmente substitutivo ao manicomial, que seja humano, eficaz, de amplo acesso, de qualidade, cidadão e com controle social. (Conselho Nacional de Saúde, 2001).

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Identificar a implementação da política de saúde mental na rede de atenção básica em municípios de pequeno porte.

2.2 Específicos

Observar as vivências das relações de cuidados que permeiam o cotidiano de trabalho e influenciam a saúde mental dos profissionais do CAPS, instituído assim uma Rede de Atenção psicossocial.

3 METODOLOGIA

Realizou-se pesquisa bibliográfica englobando uma observação sistemática do funcionamento da equipe de saúde mental (CAPS), dos cuidadores e da equipe da atenção básica.

4 REVISÃO DA LITERATURA

O dever do Estado de garantir a saúde será realizado pela reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, além do estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Interessante notar que a Lei não exclui o dever de participação das pessoas, da família, das empresas e da sociedade nos serviços de saúde.

São fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Também devem dizer respeito à saúde às ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinarem a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Perante do exposto, diversas iniciativas foram realizadas, dentre elas a criação de novas modalidades assistenciais, dispositivos e ações como o CAPS, que é um serviço de atendimento-dia, em que o paciente passa o dia e à noite volta para sua casa. O CAPS parte da constatação de que a especificidade clínica da clientela-alvo, sobretudo no que diz respeito às dificuldades de vida gerada pela doença e às possibilidades de expressão subjetiva da pessoa com transtorno mental, requer muito mais do que uma consulta ambulatorial mensal ou mesmo semanal. Assim, os CAPS fundamentam-se na ideia de que o tratamento de pessoas com transtorno mental ou com sofrimento psíquico e com necessidades de saúde decorrentes do uso do álcool, crack e outras drogas, exige "condições terapêuticas que inexistem nos ambulatórios e hospitais psiquiátricos" (GOLDBERG, 1994).

O atendimento-dia, que possibilita que o paciente compareça todos os dias da semana se necessário, articula-se a outras características específicas, como a oferta de atividades terapêuticas diversificadas e a

constituição de uma equipe multiprofissional. Busca-se oferecer ao usuário a maior heterogeneidade possível, tanto no que diz respeito às pessoas com quem que ele possa se vincular, quanto no que diz respeito às atividades em que possa se engajar.

O pressuposto é o de que a alienação psicótica implica uma dificuldade específica de expressão subjetiva, refratária a ser apreendida por instituições massificadas ou pouco aparelhadas para captar e entrar em relação com o singular de cada usuário. Do mesmo modo, as dificuldades concretas de vida acarretadas pela doença mental devem ser também objeto das ações de cuidado, incorporando-se à prática psiquiátrica aquilo que tradicionalmente era considerado "extra clínico".

O cuidado, em saúde mental, amplia-se no sentido de ser também uma sustentação cotidiana da vida diária do usuário, inclusive nas suas relações sociais. Os CAPS, portanto, consistem em uma ampliação tanto da intensidade dos cuidados (todos os dias, o dia inteiro) quanto de sua diversidade (atividades e pessoas diversas etc.).

A reformulação da instituição de cuidados em saúde mental, segundo Goldberg (1994), depende de uma reformulação conceitual quanto ao que está em jogo na doença mental: esta não é meramente uma questão de sintomas e de sua remissão, mas uma questão de existência. Deve-se levar em conta tudo o que diga respeito à existência da pessoa doente, uma vez que a condição de doente mental abarca a totalidade da experiência do sujeito, desde questões objetivas, como trabalhar, etc., até a dimensão subjetiva (relações interpessoais, vivências subjetivas etc.). Assim, recusa-se uma abordagem exclusivamente sintomatológica da doença mental, "em benefício da criação de uma clínica psiquiátrica renovada, deslocando o processo do tratamento da figura da doença para a pessoa doente".

Diante do exposto, podemos dizer que o nosso desejo não se faz diferente do da reforma psiquiátrica, mas sim do cuidado, em saúde mental, ampliando-se no sentido de ser também uma sustentação cotidiana da vida diária do paciente, inclusive nas suas relações sociais (TENÓRIO, 2002).

Numa ampliação tanto na intensidade dos cuidados aos portadores com transtornos mentais quanto de sua diversidade, incluindo as especificidades individuais e do território do meio onde vivem. Tornando-se um dos objetivos a garantia da resolutividade dos casos de pessoas com Transtorno Mental no nosso município.

4.1 O que é o CAPS?

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I) são instituições brasileiras que visam à substituição dos hospitais psiquiátricos - antigos hospícios ou manicômios - e de seus métodos para cuidar de afecções psiquiátricas capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi intensivo e não intensivo, constituído- se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território.

CAPS é um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características: responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; supervisiona e capacitam as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; realiza, e mantém atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de

22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; funciona no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

Em outras palavras, constituem um serviço comunitário que tem com saúde de atendimento mais próximo à moradia do usuário, na medida em que, existem demandas desassistidas desse serviço por insuficiência de transporte que os leve até o CAPS de Floriano, sendo que o poder aquisitivo dessas pessoas é bastante comprometido e esse usuário não dispõe de recursos próprios para o deslocamento possibilitando o agravamento do seu quadro de saúde.

Podemos ainda destacar que a implantação do CAPS em nosso município tornou-se viável pelo fato em que esse localiza-se em relação aos outros municípios consorciados ao centro, tornando o acesso mais fácil, rápido e econômico para todos os municípios agraciados com essa parceria.

No entanto, a burocracia que se instala na implantação desse serviço tem sido um obstáculo no considerável no melhor funcionamento desse serviço, no âmbito em que o MS exige para sua implantação e liberação de recurso mensal de custeio o pleno funcionamento do CAPS com todos os SUS profissionais atuantes, cobrando uma contra partida dos municípios em relação a pagamento de profissionais e manutenção do mesmo q na maioria dos casos é inviável tendo conhecimento e seno sabido da população o pouco recurso q os municípios recebem para a sua própria manutenção, assim existindo a boa intenção, mas a inviabilidade, assim, funcionamos desde julho de 2012 sem nenhum recurso próprio para sustentar o programa e funcionamos com o compromisso dos profissionais que querem ver o projeto funcionar, bem como, ajudar a população e também da prefeitura, que com muita dificuldade vem ajudando para que o projeto continue funcionando e não prejudique assim a população que é nossa prioridade. Segue como sugestão ao MS, que a partir do momento em que o projeto seja aceito, que o recurso seja colocado a disposição mesmo sendo cobrada toda a burocracia necessária, tornaria mais fácil e ágil o trabalho do CAPS.

Vislumbrando tudo isso, venho com a questão da saúde mental desses profissionais que atuam com tais demandas, sendo que raramente existem momentos para a discussão referentes as angústias e preocupações que o profissional pode ter no contato com o sofrimento do outro.

Com o surgimento da oportunidade da construção de um projeto, o enfrentamento passo a passo das exigências do Ministério da Saúde para pleitear a implantação de um CAPS, que até o presente momento ainda não esta de fato implantado, apesar do mesmo vir funcionando a 06 (seis) meses sem recurso algum, para mim o desafio tem sido excitante, trabalhar no campo da saúde mental, em um serviço especializado e tão complexo, tendo como diretrizes novos dispositivos de Atenção Psicossocial.

No CAPS I de Rio Grande do Piauí, o cenário é permeado por muitas novidades, uma vez que a maioria dos profissionais trabalhava em outros campos que não a saúde mental como é contemplada no CAPS, salvo o médico que é psiquiatra que já tem experiência na área, uma equipe “verde” que vem amadurecendo e apreendendo uns com os outros e com as atividades diárias e com os próprios usuários, a parte positiva é que a equipe veio sem “vícios” do modelo tradicional, que a reforma psiquiatra veio para inovar, e disposta a aprender.

Durante o trabalho, entramos em contato com prazeres, desafios e dilemas da implantação do serviço, as inseguranças e incertezas de uma prática nova e a crença de qualificar e melhorar a vida do usuário que procuram o CAPS.

O campo da saúde mental atualmente encontra-se bem comprometido com a Atenção Psicossocial, com as transformações ocorridas nas políticas públicas, principalmente após as regulamentações das portarias e da implantação da lei 10.216/ 01, a portaria 336/ 02 e a 3080/11 que estende o atendimento a pessoa com transtorno mental ou sofrimento psíquico e com necessidade de saúde pelo uso de álcool, crack e outras drogas, estabelecendo assim uma Rede de Atenção Psicossocial.

Oliveira e Silva (2000) afirma que a reabilitação psicossocial possibilita o resgate da autonomia devido aos novos vínculos desenvolvidos no convívio social e afetivo.

Não é objetivo desse estudo, detalhar o cotidiano e funcionamento do CAPS aqui, sendo que o mesmo já foi amplamente descrito. Assim, passamos a contextualização das relações de cuidado dos profissionais inseridos na Rede de Saúde Mental, no âmbito das dificuldades da implantação, bem como, em suas atividades diárias com os usuários.

Cuidar significa cautela, atenção, vigilância, prevenção e afeto. Representa na realidade uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o ser cuidado (BOFF,1999; REMER, 1993; WALDOW,1998).

4.2 O cuidado e o cotidiano dos profissionais de saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial

Vislumbramos a origem do cuidado que esta intrinsecamente ligado a sobrevivência dos seres humanos e parece constituir-se na mais antiga prática da história. Para Collière (1986), conforme citado por Madaloso, 2001) as práticas de cuidado, “ tanto de caráter informal/ popular, quanto formal/ profissional, foram marcadamente influenciados pelos papéis femininos e pelos fatores culturais, sociais e econômicos de cada época”(pag.21). Assim, ao observar o histórico que envolve o cuidado e suas práticas, é possível notar ações que privilegiam a melhoria da condição de vida ou melhor dizendo, da qualidade de vida dos indivíduos.

Nesse sentido, existem muitas discussões e trabalhos realizados por vários profissionais de saúde para aprimorar as técnicas de cuidados, e conseqüentemente, aliviar o sofrimento.

Boff (2005), ressalta, que o cuidado não deve se opor ao trabalho no sentido das relações verticalizadas. Alguns profissionais inserem a relação sujeito – objeto mas práticas de cuidado, embora essa relação deva ser de

sujeito – sujeito, pois há uma convivência e interação que transcendem o agir puramente técnico.

Instala-se então o desafio de combinar o cuidado com o trabalho correndo-se o risco de restringir um ou outro se administrado separadamente. Afinal, eles se compõem e constituem a integração da subjetividade com a objetividade. Por isso, para Boff (2005), “(...) o resgate do cuidado não se faz às custas do trabalho. Mas mediante uma forma diferente de entender e de realizar o trabalho” (pag.33).

Dessa forma, emerge a necessidade de novas atuações relacionadas à prática de cuidados, priorizando mudanças na maneira de ser e agir, proporcionando aos profissionais de saúde mental caminhos que também possibilitem um viver mais saudável.

Existem várias situações que permeiam o ambiente de trabalho do profissional de saúde mental, muitas delas com experiências de satisfação, prazer, gratificação e realização, no caso do CAPS de Rio Grande do Piauí, temos esses sentimentos no que diz respeito ao resultado com o usuário mesmo com tantas dificuldades enfrentadas diante a implantação do mesmo, mas não há como negar as dificuldades e insatisfações ligadas a esse exercício profissional.

No entanto, com o usuário, os profissionais de saúde mental defrontam-se com angústias, depressões e conflitos que os deixam imersos no complexo mundo do outro, muitas vezes perdendo o contato com o próprio (BENEVIDES – PEREIRA, 2001).

Bleger (1991) diz que o profissional de saúde tende a negar suas próprias doenças e dificuldades, mas quando esse contato com o outro se faz mais próximo, essa negação se torna difícil, pois essa proximidade o coloca diante de seus conflitos e frustrações e “(...) caso ele não consiga graduar este impacto sua tarefa se torna impossível: ou tem muita ansiedade e, então, não pode atuar, ou bloquear a ansiedade e sua tarefa é estéril” (pag.21).

A tarefa de criar estratégias e qualificar a saúde dos trabalhadores é complexa e implica decisões de varias instituições e órgãos competentes, dentre eles, o próprio Ministério da Saúde, que possui a missão institucional de coordenar e formular a implementação das políticas de proteção à saúde dos trabalhadores, bem como, aprimorar seus métodos de analisar os projetos para que o caminho dos recursos não demorem tanto na burocracia e cheguem em tempo hábil aos municípios, oferecendo assim uma melhor satisfação do profissional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É do nosso conhecimento que existem programas e projetos no campo das políticas públicas para os trabalhadores da saúde, no entanto, parece existir uma lacuna entre a realidade prática das ações e as necessidades detectadas.

O CAPS apresenta importantes dispositivos de atenção à saúde na Rede de Atenção Psicossocial, propondo novos paradigmas de atuação profissional. Assim, é indispensável não nos esquecermos de que toda implementação necessita de avaliações ao longo do processo.

Por fim, ressaltamos relevância dos serviços substitutivos na formação da Rede de Atenção Psicossocial como novo campo de atuação profissional dentro da saúde mental.

A construção e implantação aproximada do projeto do CAPS de Rio Grande do Piauí permitiu constatar que nos municípios de pequeno porte, a existência do serviço voltado para a pessoa que sofre com transtornos mentais nas redes de atenção básica é quase que inexistente e fomentar uma Rede de Atenção Psicossocial esta sendo um desafio.

A proposta do Ministério da Saúde, a partir de 2008, é de que as ações de saúde mental na atenção básica sejam organizadas por meio das equipes da ESF e NASF, com apoio de um profissional de saúde mental para realizar ações de matriciamento. Nesse arranjo, o profissional responsável pelo

apoio matricial deve participar de reuniões com as ESF e NASF para planejar ações, supervisionar e discutir casos e, ainda viabilizar capacitações. Seria simples se partíssemos do pressuposto de que as equipes de saúde mental encontram-se constituídas e aptas ao matriciamento, ou seja, se essas equipes, devidamente constituídas, dispusessem de formação, para assim, desempenharem o papel de multiplicadoras. Entretanto, o que se observa é que são equipes de saúde mental constituídas com de profissionais com ou sem formação em saúde mental, o que dificulta o apoio matricial, sendo que tal programa quando implantado, seu funcionamento foi entendido de forma independente e o matriciamento é uma tendência bem mais nova.

Os profissionais da saúde mental utilizam os recursos técnicos assistenciais disponíveis no município para responder a demanda. Pouco se viu de articulação da equipe com os demais profissionais da rede e menos ainda com técnicos e serviços de outros setores, levando-se em consideração que o CAPS é um programa novo na cidade e as equipes ainda estão em fase de adaptação.

O dispositivo comum é a ESF e o CRAS, mas no geral, não como possibilidade de extensão das ações e sim, com substituição de papéis. Não podemos deixar de citar outros dispositivos potenciais no projeto da reforma psiquiátrica, como o Conselho Municipal de Saúde e os grupos de autoajuda existentes na comunidade, demonstrando articulação no processo, essencial na implementação da política. Dispositivos como centro de convivência, projetos culturais, de geração de renda e de reinserção social.

O usuário em um primeiro contato com o sistema pode ter sua necessidade atendida no primeiro ponto de atenção acionado, por este encontrar-se devidamente estruturado e integrado. Mas, se nesse primeiro contato sua necessidade não é atendida, seu encaminhamento deve ser feito, responsável e monitorados, a quantos outros pontos de atenção forem necessários. Entretanto, o SUS ainda não conquistou a estruturação desses pontos de atenção que formariam as redes de atenção no cuidado à população. Assim, o conceito da integralidade da assistência à saúde que

conforma o sistema de saúde como uma rede de serviços e relações em muitos casos fica comprometido.

Assim, a necessidade de instrumentalizar as ações desenvolvidas e a atuar com a concepção clara de equipe interdisciplinar que o campo da saúde mental exige. Uma equipe que organize seu trabalho com clareza da necessidade de olhar a pessoa que sofre com um problema mental como sujeito no processo e com os profissionais de saúde que nele atuam. Que tenha como desafio localizar a cidadania como valor fundante e organizadora das práticas e saberes, com quebra de paradigmas. Que tenha clareza de que a luta pelo direito do exercício de cidadania do dito “louco” é central e deve ser reafirmado por todos e, em específico, pela categoria dos assistentes sociais.

Averiguo a necessidade de contribuir com a inovação do campo da atenção da rede psicossocial que vem construindo novas formas de atenção à saúde mental sustentada na articulação com os diferentes setores envolvidos com os interesses da população.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. In:_____ **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 491-494, jul./set. 1995.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **A Saúde dos profissionais de saúde mental**: uma investigação da personalidade de psicólogos. Maringá: Eduem, 2001.

BLEGER, J.. **Temas de Psicologia**: Entrevista e grupos. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

BOFF, L.. **Saber cuidar**: Ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: vozes (1999).

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Revista Inclusão Social** out/mar, vol 1 (1), p. 28- 35. Brasília, 2005.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A importância da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde**. Seminário para construção de consenso sobre modelo de atenção à saúde no SUS. Santa Catarina, 2001.

MADALOSSO, A.R.M (2001). De mãos dadas com a qualidade: refletindo sobre o cuidado de enfermagem. **Série enfermagem**. Passo Fundo. UPF.

OLIVEIRA, F. B. & SILVA A. O. .Enfermagem em saúde mental no contexto da reabilitação psicossocial e da interdisciplinaridade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 53(4),584-92.

REMER, R. N. (1993). **O paciente como ser humano**. São Paulo, Summus.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. **História, ciência, saúde** – Manguinhos, vol.9(1), PP. 25 – 29, jan. – abr., Rio de Janeiro, 2002.

WALDOW, V. R. (1998). **Cuidado Humano**: o resgate necessário. Porto Alegre, Sagra.