ESCOLA DE SAÚDE PÚLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
ESPECIALIZAÇÃO LATO SENSU EM POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Ana Rita Amaral Minas

RELATO DE EXPERIÊNCIA ACERCA DA CONSTRUÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA ANTIMANICOMIAL EM UM MUNICIPIO DE PEQUENO PORTE

Belo Horizonte
2023

ANA RITA AMARAL MINAS

RELATO DE EXPERIÊNCIA ACERCA DA CONSTRUÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA ANTIMANICOMIAL EM UM MUNICIPIO DE PEQUENO PORTE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Profª. Alessandra Rios de Faria

Belo Horizonte

2023

M663r Minas, Ana Rita Amaral.
Relato de experiência acerca da construção do trabalho em Saúde Mental na perspectiva antimanicomial em um município de pequeno porte. / Ana Rita Amaral Minas. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2023.

18 f.

Orientador(a): Alessandra Rios de Faria.

Artigo Científico (Especialização) em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Inclui bibliografia.

1. Saúde Mental. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Atenção Psicossocial. 4. Atenção Primária. I. Faria, Alessandra Rios de. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 495

Ana Rita Amaral Minas

RELATO DE EXPERIÊNCIA ACERCA DA CONSTRUÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA ANTIMANICOMIAL EM UM MUNICIPIO DE PEQUENO PORTE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Banca Examinadora

Alessandra Rios de Faria

(Orientadora)

Escola de Saúde Pública do estado de Minas Gerais

Ana Regina Machado

Escola de Saúde Pública do estado de Minas Gerais

Luzmarina Morelo

Escola de Saúde Pública do estado de Minas Gerais

Belo Horizonte

2023

AGRADECIMENTOS

A Deus por não desistir dos meus sonhos e batalhar arduamente em favor do cumprimento deles não permitindo que eu venha desanimar mesmo em momentos de extrema fragilidade.

Aos professores e colegas da turma que sempre foram sensíveis às minhas angústias e pacientes em relação às minhas queixas e inexperiência juntamente com a sede de saber e aprender para servir com qualidade.

Aos servidores da ESP que sempre me receberam de braços abertos e com largo sorriso no rosto.

À minha família que reconheceu a importância da especialização em minha trajetória profissional e que apoiou incondicionalmente os meus desafios para a conclusão da especialização.

À equipe de Saúde do município de Dionísio que me proporcionou vivências inéditas, incríveis, além de constantes aprendizados e motivação para buscar conhecimentos e novas experiências.

À Alessandra, professora e orientadora, que me acolheu com tanto carinho em meio a tantas dúvidas e foi proporcionando etapas de aprendizagem tão únicas. Gratidão pela paciência, perseverança, doçura, simpatia, por toda força e sugestões.

RESUMO

O presente artigo relata, a partir da perspectiva de uma trabalhadora da saúde, como se deu a construção do trabalho em saúde mental em um município de pequeno porte a partir da substituição do modelo manicomial hospitalocêntrico pela proposta de atenção e cuidado em saúde mental de acordo com a Reforma Psiquiátrica. Todo enredo envolvendo a Atenção Psicossocial se passou na Atenção Primária à Saúde e em um Hospital local. O objetivo foi demonstrar como os trabalhadores do SUS problematizavam a saúde mental e como a mudança de perspectiva melhorou a assistência em Saúde Mental. Constatou-se que era necessário buscar novas possibilidades de ação a partir do conhecimento da Rede de Atenção Psicossocial. Após a compreensão de cuidado compartilhado e a noção da complexidade da vida, a expansão e consolidação das mudanças da Reforma Psiquiátrica aconteceram. Para mais, o cuidado em liberdade foi exercido por equipe multiprofissional que se reinventou a cada novo encontro com os usuários.

Palavras Chave: Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, Atenção Psicossocial, Atenção Primária

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS Agente Comunitário de Saúde

APS Atenção Primária à Saúde

BPC Benefício de Prestação Continuada

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CRAS Centro de Referência em Assistência Social

ESF Estratégia de Saúde da Família

ESP MG Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

RAPS Rede de Atenção Psicossocial para pessoas portadoras de Transtornos Mentais e com necessidades decorrentes do Uso de Àlcool, Crack e Outras Drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

SUAS Sistema Único de Assistência Social

UBS Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....8
2. QUANDO UM CASO DIZ SOBRE TODOS OS CASOS.....9
3. REPENSANDO O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....10
4. O QUE O CASO DIZ SOBRE NÓS?.....11
5. CONSTRUINDO POSSIBILIDADES PARA O TRABALHO ARTICULADO.....13
6. CUIDANDO EM LIBERDADE, CONSTRUINDO OUTROS CAMINHOS.....15
7. COLHENDO ALGUNS FRUTOS.....16
8. REFERÊNCIAS.....18

Introdução

O presente relato de experiência traz reflexões acerca da construção do trabalho na perspectiva antimanicomial em um município de pequeno porte. O município possui área de extensão territorial de 339.375 km² e população estimada de 7.493 pessoas.

Até o ano de 2019, possuía como fluxograma para cuidado em saúde mental a conduta de sempre fazer contato com o Hospital Psiquiátrico Galba Velloso e encaminhar os pacientes, pois, no critério dos profissionais, a melhor solução para determinados casos era a internação por tempo indeterminado.

Escrevo este texto a partir de minha experiência como trabalhadora da saúde e as reflexões e projetos que fui desenvolvendo ao longo de minha trajetória.

Minha experiência na saúde mental começa com meu trabalho como ACS. Trabalhei um ano como ACS e pude conhecer parte da realidade e necessidade de assistência em Saúde Mental que o município possuía. Por se tratar de um município pequeno, havia um contato próximo entre as demais colegas ACS e as Equipes de Saúde da Família dos outros distritos. Constantemente havia encontros para abordar temáticas específicas relacionadas aos indicadores de Saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) e muita troca de saberes ocorria. Para além das trocas de saberes, havia o compartilhamento de casos relacionados às necessidades em cuidado e atenção em Saúde Mental. Inicialmente, os casos que abordavam a temática de saúde mental da população eram trazidos pelos colegas ACS durante os momentos de socialização com um cafezinho. Por estar concluindo a formação em psicologia, motivados pela curiosidade e pelo desejo em ajudar, muitos colegas questionavam o que deveria ser feito para auxiliar alguns usuários em sofrimento mental. Os casos que estavam explícitos na sociedade eram partilhados por todos, cada um ofertando sua opinião, que de maioria era manicomial e hospitalocêntrica. Não havia um psiquiatra na Atenção Primária à Saúde, que do ponto de vista da maioria era o essencial, então, a demanda era direcionada para um único psicólogo que atuava no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e que direcionava integralmente os pacientes para o Centro de Atenção Psicossocial do município vizinho. A partir das discussões, era possível compreender sob qual ponto de vista os trabalhadores do SUS problematizavam a saúde mental. Estava arraigado um modelo manicomial e um completo desconhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica e consequentemente da Rede de Atenção Psicossocial. Somente os profissionais de ensino superior haviam ouvido falar timidamente da

RAPS. Os enfermeiros e médicos das Unidades de Saúde por defenderem o SUS sabiam que havia algo de inovador, mas não sabiam por onde começar a implantação e por muitas vezes acreditavam que os casos de egressos de internação do Galba Velloso eram todos, sem dúvidas, exclusividade de cuidado do CAPS. Não havia formação suficiente e nem diálogo entre os municípios e gestores para se falar da Reforma Psiquiátrica na APS no município.

Quando um caso diz sobre todos os casos

Em 2019 houve troca do gestor municipal a partir de eleições extemporâneas. Assim, eu fui convidada a assumir a função de Responsável Técnica em Saúde Mental, após um episódio de um usuário que estava em crise entrar na igreja católica em plena missa e furtar parte do dízimo. Além disso, o mesmo usuário havia entrado em uma residência e tentado estuprar uma mulher. Instalou-se um caos em função das condutas do tal usuário que, além disso possuía o diagnóstico de Esquizofrenia e também fazia uso de substâncias psicoativas. Tal movimento dos cidadãos contra o usuário incitou na administração municipal a necessidade imediata de deter com prisão o usuário que havia cometido pequenos delitos e "oferecia risco" para os munícipes. A polícia foi acionada, a família foi responsabilizada, mas o usuário não modificava sua conduta e por dias perdurou o sofrimento mental. Os profissionais do Hospital da cidade estavam angustiados pela cobrança de "conter" através de medicamentos a conduta inapropriada do usuário em sofrimento mental. Recém-nomeada como referência técnica em Saúde Mental do município, fui apurar o contexto no qual o paciente estava inserido e fiz busca ativa da família que residia em outro município e que deixara o usuário sozinho, após alta hospitalar do Galba Velloso. Após os policiais dizerem que estavam limitados no agir em relação às condições daquele usuário, o Secretário de Saúde foi pressionado a conseguir uma vaga de urgência no referido hospital. Entretanto, naquele momento, os servidores públicos do Hospital estavam em greve e ao conversar por ligação com a diretora clínica, houve o convite para uma breve reunião no Galba Velloso em Belo Horizonte no ano de 2019, pouco antes do primeiro caso de COVID-19 em Belo Horizonte-MG.

Sem conhecimentos aprofundados acerca de como conduzir o caso que estava "apavorando" os cidadãos, fomos para Belo Horizonte em busca de orientações e com o incisivo questionamento de quando a greve iria terminar, pois havia a necessidade de hospitalizar o usuário em surto psicótico. A expectativa era de que a partir de nossos relatos conseguiríamos convencer a diretora clínica a aceitar o usuário e que compreenderíamos o fluxograma de internação, pois havia muitos casos no município que o prefeito reivindicava internação, pois acabara de assumir como gestor municipal e

as cobranças da população acerca de "segurança pública" eram constantes.

Eu queria a todo custo conseguir uma solução para aquele "problema". Durante a visita técnica ao Hospital Galba Velloso (HGV), algumas possibilidades se apresentaram. Uma delas foi a possibilidade de fazer o processo seletivo da especialização em saúde mental na ESP MG. Enquanto tentava a seleção, procurei a Referência Regional em Saúde Mental que comentou acerca do Colegiado em Saúde Mental. Alguns documentos relacionados à Reforma Psiquiátrica como a Lei 10. 216/2001 e Lei 3.088/2011 foram compartilhados e o novo modelo acerca da proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais começou a estimular em mim o desejo de modificar o funcionamento do cuidado e atenção em Saúde Mental que o município fornecia aos usuários. A pandemia da COVID-19 havia notificado casos em Belo Horizonte e região e, com o fechamento do HGV, alguns pacientes haviam sido remanejados para o Instituto Raul Soares e outros contrarreferenciados para os municípios de residência. Assim, toda e qualquer possibilidade de pleitear pela internação dos usuários, em especial do usuário que estava em surto psicótico, havia "caído por terra".

Repensando o cuidado em saúde mental

Diante de um novo modelo apresentado pela Referência Técnica Regional e fortemente influenciada pelas circunstâncias que não corroboravam pela internação forçada, houve a necessidade de estudar a reforma psiquiátrica, conhecer acerca da Rede de Atenção Psicossocial de Dionísio-MG e buscar outras possibilidades de ação.

A Reforma psiquiátrica é um movimento que surge nas décadas de 70 e 80 questionando o tratamento ofertado às pessoas com história de sofrimento mental que estavam internadas em manicômios. Sabemos que ao longo da história da humanidade surgiram diversas concepções sobre a loucura. Cada período histórico deu a ela seus contornos. No período clássico, há o predomínio da razão como principal característica do ser humano e consequente desenvolvimento da sociedade. Há o imaginário de que a loucura é perigosa porque o louco “perde a razão”, algo que só o humano tem. Logo, se perde a razão, torna-se um animal irracional; alguém mal, perigoso, violento e que consequentemente precisa ser internado e tratado. E esta alienação levou a instituições carcerárias, fechadas, ao âmbito jurídico-político com a ideia de irresponsabilidade, de incapacidade civil, inimputabilidade, perda de cidadania e perda de direitos civis. (Birman, 1992). Pelo exposto, vemos, ainda hoje, como este estigma da periculosidade e da violência ainda se apresenta para as pessoas com sofrimento mental, marcando suas relações com a sociedade.

A Reforma psiquiátrica antimanicomial advoga que a loucura não é perda da razão, mas outra experiência humana que merece ser acolhida, compreendida e cuidada em liberdade.

Ela propõe a substituição dos leitos nos hospitais psiquiátricos pelo cuidado em serviços territorializados, propõe a superação do modelo biomédico centrado na doença e no tratamento médico pela produção de uma clínica ampliada, uma concepção de saúde complexa multideterminada; a construção de projetos terapêuticos individualizados a partir da escuta e do diálogo com a pessoa em sofrimento e trabalho em equipe na lógica transdisciplinar (Amarante, 2007; Yasui e Costa-Rosa, 2008).

Sustentando essa proposta, cria-se no Brasil leis que dispõe sobre o cuidado às pessoas em sofrimento mental. A Lei 10.216 de 6 de Abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, enquanto a Portaria Nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Compreendendo um pouco mais a reforma psiquiátrica, conforme exposto acima, veio a necessidade de compreender a rede de atenção psicossocial municipal.

O município conta com um Hospital que, pelos escassos recursos, acaba por funcionar como ambulatório, uma vez que não realiza internações e nem tampouco pequenos procedimentos, geralmente tende a ser acionado pela população quando a Unidade Básica de Saúde (UBS) não está em horário de funcionamento e não possui leitos de retaguarda, possui um clínico geral de plantão e alguns enfermeiros e técnicos de enfermagem. Além disso, conta com 4 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo duas localizadas em distritos do município, e uma no centro da cidade e outra com população mista, parte de população da zona rural e parte da população na cidade. Naquela época havia uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que contava com psicólogo, educadora física, nutricionista, fisioterapeuta e assistente social. Há um CAPS em Jaguaraçu que atende aos municípios próximos.

O que o caso diz sobre nós?

A situação em que se encontrava este usuário acabou por desvelar o modelo de atenção em saúde mental do município. Percebia-se que o modelo manicomial e a facilidade de encaminhar usuários para o Hospital Galba Velloso e sua consequente admissão havia causado, nos profissionais do Hospital Geral do município, uma resistência em assumir novas responsabilidades. Os médicos e

enfermeiros acreditavam que determinadas demandas não competiam ao setor hospitalar do município e que a única forma de resolver era em um Hospital Especializado em Internação Psiquiátrica.

A Atenção Primária permaneceu alheia à ação durante muitos anos, uma vez que acreditava que sua função exclusiva era de promover a Saúde Mental e como não existia referência técnica, não havia indicadores explícitos, assim não havia "demanda" para se trabalhar. O prioritário era cumprir com os indicadores de Saúde e trabalhar em função dos mesmos, a fim de garantir os repasses financeiros equivalentes ao cumprimento dos programas.

Em algumas épocas houve assistência especializada de um psiquiatra no município, todavia em outras ocasiões o consórcio municipal, que transporta usuários de um município a outro para tratamentos de saúde, era acionado e alguns usuários se tratavam com especialistas em outra cidade. Tais condutas só ocorriam se o paciente não estivesse em surto, do contrário o Hospital Galba Velloso era a referência exclusiva.

Na APS, em alguns momentos, se ouvia a expressão "vamos apagar incêndio", quando se tratava da conduta de acompanhar um paciente em surto psicótico e inicialmente havia um desencontro entre CAPS e Atenção Primária para definir de quem seria a única e exclusiva responsabilidade pelo paciente. Inicialmente, não se compreendia o cuidado compartilhado, mas a exclusiva responsabilização pelo usuário.

Havia desafios instalados em ambas as equipes. No CAPS não havia equipe mínima para fornecer assistência. O CAPS oferecia acolhimento de demandas espontâneas, permanência-dia para alguns usuários, atendimentos psicológicos, oficinas terapêuticas, atendimentos psiquiátricos, acolhimento psicossocial e administração de medicamentos. Para além, havia uma crítica relacionada ao quantitativo de pacientes que permaneciam como usuários do CAPS e sob quais critérios somente um "pequeno quantitativo" (entendimento da APS) era admitido.

A Atenção Primária entendia que se havia sofrimento mental, independentemente da natureza, cabia ao CAPS atender a todos nesta condição, As pessoas com sofrimento mental deveriam aceitar e agendar consultas psicológicas, psiquiátricas e Oficinas Terapêuticas para os usuários, uma vez que o CAPS funcionava , a partir de pactuações intermunicipais, e o município em que trabalhava contribuía financeiramente com o funcionamento do serviço. Existia a percepção de que o CAPS atendia mais cidadãos do município do que dos municípios pactuados. No entanto, o CAPS afirmava que, apesar de haver repasses financeiros, não havia compartilhamentos entre os gestores de saúde dos municípios envolvidos.

Os questionamentos iniciais relacionados à Atenção Primária e ao CAPS estavam intimamente relacionados ao desconhecimento de como deveria funcionar a Rede de Atenção Psicossocial. Além disso, o CAPS possuía em seu quadro de funcionários servidores públicos que haviam sido admitidos a partir de processo seletivo e assim a equipe variava a partir do desligamento de alguns dos trabalhadores do SUS. À medida que um novo profissional era inserido na equipe do CAPS, novas capacitações e reuniões eram necessárias. O CAPS afirmava que, antes da minha nomeação como Referência em Saúde Mental, a comunicação era ineficaz e os usuários só eram enviados ao serviço em situações extremas de surto psicótico, quando o Hospital Galba Velloso não os admitia em seus leitos. A contrarreferência era feita para o CAPS sempre que havia um usuário em Internação no HGV mas, de acordo com o CAPS, a Atenção Primária não enviava o usuário para as Oficinas e para os atendimentos e permanência-dia. A Secretaria de Saúde se "defendia" afirmando que não havia transporte para levar os usuários nos dias e horários marcados e que a preferência dos transportes era para pacientes oncológicos e de hemodiálise, caso "sobrasse" carro, então o usuário iria para o CAPS.

Construindo possibilidades para o trabalho articulado

Diante de todos os fatos supracitados e de constantes acusações e apontamentos, me vi com a necessidade, como referência técnica de saúde mental do município, de ser mediadora entre os dispositivos e de tentar resolver as dificuldades entre Atenção Primária à Saúde e CAPS e alinhar em reuniões e matriciamentos, um novo modelo de fluxograma e de funcionamento .

Assim, elaborei um questionário estruturado com perguntas relacionadas à necessidade de atendimentos em Saúde Mental e compartilhei com as ACS. Solicitei que as mesmas fizessem busca ativa dos usuários que faziam o uso de determinados psicofármacos e também daqueles com necessidade de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, em função de possível sofrimento mental, que não era muito evidenciado para as ACS .

Os pacientes que não se sentiram à vontade com as ACS, foram orientados a me procurar na Secretaria Municipal de Saúde e lá eu realizava um acolhimento acerca das necessidades, orientava e lançava em uma planilha os dados e queixa principal de usuários que sinalizavam necessidade de acompanhamento Fiz esse levantamento com a intenção de possuir uma noção inicial acerca de quais usuários (dentre tantos outros que foram surgindo depois) estavam em sofrimento mental e precisavam de acolhimento e acompanhamento quanto às suas queixas e necessidades. Como o município não possuía referência em saúde mental até aquela data, não se sabia a quem recorrer

para buscar acolhimento e atenção em saúde mental.

Quando me tornei referência técnica, contei com a ajuda de profissionais que já estavam inseridos na Atenção Primária para me auxiliar quanto às demandas coletadas. Houve um número expressivo de usuários que sinalizaram desejo de acompanhamento psiquiátrico por queixas de natureza distinta, todavia não seria possível encaminhar todos os usuários para o CAPS, uma vez que seu principal objetivo é acolher casos graves e persistentes de sofrimento mental.

Compreender a contribuição de cada equipamento da RAPS mostrou-se importante. Na APS é possível cuidar das pessoas em sofrimento mental produzindo saúde e defendendo a vida. Conforme a lógica antimanicomial, o objeto de intervenção deixa de ser a doença e passa a ser a complexidade da vida com suas infinitas manifestações, tais como dor, sofrimento, medo e desamparo. A saúde passa a ser entendida não como ausência de doença, mas como resultado das condições sociais e de vida (Yasui, Costa-Rosa, Luzio, 2003). O trabalho pode ser iniciado pelo ACS que faz uma ponte entre o cotidiano de cada casa e a equipe de saúde da família, identificando as necessidades daquela população específica e colocando a vida como ela é em sua dimensão trágica e complexa. Propõe-se a adoção da lógica do território, entendido como espaço, processo, relação e composição, rompendo com a noção de esquadrinhamento dos espaços físicos das cidades ou regiões. O cuidado deixa de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral para ser tornar criação de possibilidades, produção de sociabilidade e subjetividades. Há um rompimento com o modelo tradicional que se baseia no princípio de doença e cura.(Yasui, Costa-Rosa, Luzio, 2003).

Assim, após o levantamento do número expressivo de pacientes que sinalizaram necessidade de acompanhamento em saúde mental, este foi apresentado ao gestor de saúde e ao gestor municipal. A Secretaria de Saúde optou então pela contratação de mais um psicólogo, pela inclusão de uma assistente social no quadro de funcionários e pela contratação de um psiquiatra para atender as demandas reprimidas demonstradas a partir do quantitativo e da busca ativa que as ACS fizeram. Os encaminhamentos dos pacientes ainda não estavam alinhados com a perspectiva da reforma psiquiátrica. Ainda havia muito desconhecimento acerca de seus propósitos e princípios. Foram feitas muitas tentativas de acertar sem se basear em literaturas que orientam o trabalho, o cuidado e a atenção em saúde mental.

Diante de tais mudanças, os usuários se posicionaram afirmando que não deixariam de optar pelo atendimento no CAPS, uma vez que gostavam da forma como o psiquiatra de lá mantinha o cuidado e atenção em Saúde Mental. Assim, a Secretaria Municipal optou por contratar o psiquiatra que atendia os usuários no CAPS para atender na Atenção Primária à Saúde. Inicialmente, havia uma

compreensão imediatista e equivocada de cuidado em sofrimento mental pois considerava a medicação como resposta preferencial às demandas de saúde mental. Houve incontáveis desafios no cotidiano da APS para programar o novo modelo assistencial. A tarefa de expandir e consolidar as mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica caminhava vagarosamente. Ainda faltava formação permanente para a redefinição e reorganização dos processos de trabalho e a articulação de forças antagônicas dos diversos setores da sociedade. Fazia-se necessário a criação de uma rede de atenção e cuidado baseada em um território e pautada nos princípios de integralidade e participação popular.

Cuidando em liberdade, construindo outros caminhos

A partir do contato da Referência Regional em Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES MG) com o Município, passamos a realizar o acolhimento dos usuários; discussão de casos com a equipe multiprofissional composta por enfermeiros das UBS, técnicos de enfermagem, clínicos gerais, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social e ACSs; e matriciamento com os profissionais do Hospital e de Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Centro. O matriciamento ocorreu pela primeira vez na UBS do centro e a partir dele foram trazidas informações acerca do modelo de cuidado e atenção em saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica. No primeiro encontro quase não houve espaço para a discussão dos casos, fora mais um momento formativo sobre como seria conduzida a atenção em saúde mental a partir daquele momento. As equipes de Saúde da Família estavam habituadas a realizar reuniões periódicas para discutir sobre indicadores de Saúde que possibilitavam repasses financeiros. Após o primeiro encontro da equipe do CAPS, equipes da APS e equipe do Hospital, outros momentos foram agendados, a fim de que os casos que causavam alvoroço fossem mais bem conduzidos. Sobre o caso aqui apresentado, é importante registrar que através do serviço social,houve a localização de um filho do usuário. Em uma dada ocasião, motorista da secretaria de saúde foi acionado para levar o usuário a uma consulta psiquiátrica. Recordo-me que o motorista relatou muito receio em levar o usuário para outro município, principalmente em função do acesso ser através de rodovias municipais sem pavimentação que possuíam maior trajeto, em zonas rurais que não possuíam sequer sinal telefônico, caso houvesse alguma emergência. É importante registrar que o usuário em sofrimento foi atendido pelo psiquiatra, medicado e retornou para o município com algumas orientações de medicação assistida, visita cotidiana da ACS, responsabilização do filho que acompanhava e estava com o cartão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) do pai. O Serviço Social, através do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), foi acionado a fim de

permitir o acesso a alguns direitos e benefícios, pois o usuário não possuía alimentação suficiente em casa, nem tampouco de itens de higiene pessoal. Muitos profissionais, tais como ACS, enfermeiros, médicos clínicos gerais e administrativos da Secretaria Municipal de Saúde mobilizaram esforços para auxiliar no cuidado e atenção ao usuário, no entanto outros acreditavam que tal conduta seria ineficaz e que o quadro do usuário se manteria, caso não fosse internado. Os esforços iam desde uma logística mais eficaz dos fluxos de carros, a fim de sempre ficar disponível um veículo para as consultas no CAPS e para eventuais urgências e emergências, além disso, havia acolhimento e recebimento do paciente em consultório e não apenas a renovação automática de receitas. Para mais, os ACS aumentaram o índice de visitas nas residências dos usuários em sofrimento mental e alguns faziam o uso de dosagem de medicação assistida. Os enfermeiros deixaram de realizara contenção física do usuário para realizar a medicação injetável, passaram a acolhê-lo humanamente e a medicação passou a ser feita sem maiores dificuldades. O usuário que provocou o início da implantação da Reforma Psiquiátrica no município passou a residir com seu único filho de 18 anos em uma residência que sua mãe deixara de herança. O serviço social passou a fazer visitas constantes na residência e orientar o filho e prestar assistência, conforme as necessidades apresentadas. O CAPS e a APS passaram a trabalhar em conjunto e propuseram um Projeto Terapêutico Singular com a participação do usuário. O usuário passou a frequentar os atendimentos agendados com maior entusiasmo e sem o receio da internação hospitalar que o assombrava.

Colhendo alguns frutos

Diante das condutas supracitadas, houve considerável melhora e alinhamento entre as demandas de CAPS e as demandas de APS. Os pacientes começaram a ser melhor assistidos, os atendimentos eram feitos pela equipe multiprofissional da APS e do CAPS em momentos distintos e tornou-se possível produzir a integralidade do cuidado na Rede. O psiquiatra e eu, psicóloga, realizávamos acompanhamentos individuais com o intuito de se conhecer melhor a realidade e necessidade de cada paciente. Buscávamos agendar o retorno em tempo hábil e articular redes necessárias considerando os serviços disponíveis no município, tais como Conselho Tutelar, Escola, Creche, CRAS, CAPS, Equipe de Saúde Bucal e os serviços disponíveis na Atenção Primária à Saúde. Começava então um cuidado multidisciplinar e a Atenção Primária efetivamente passou a atuar como um dispositivo que promovia a saúde e coordenava o cuidado. A APS passou a se inventar e se renovar a cada novo encontro com os usuários. O sujeito antes excluído do mundo e da

cidadania, incapaz de obra ou voz, tornou-se sujeito e não objeto de saber. Aquela ideia de definições abstratas de doença que reduz o sujeito a uma coleção de sintomas e sinais estava caindo por terra. Houve a desnaturalização dos pré-conceitos, pré-juízos e de verdades estabelecidas da vida cotidiana. Além disso, houve o desejo de modificar os processos de trabalho, a vontade de criar grupalidades ou coletivos, reviram e repensaram conceitos e fundamentos que iriam sustentar a oferta em saúde e o estabelecimento de redes e parcerias.

O CAPS, através de constantes reuniões, definiu alguns usuários para permanência dia, além de participação em Oficinas Terapêuticas. Para além disso, mensalmente havia matriciamento para discussão de casos entre a APS e o CAPS, além de inserir outros dispositivos como o CRAS, quando necessário. O matriciamento era agendado conforme disponibilidade do CAPS e realizado pelo mesmo, uma vez que atendia mais de um município simultaneamente. Por algumas vezes era realizado somente com a participação de alguns profissionais da APS, a fim de discutir casos específicos de usuários e definir as estratégias de cuidado mais coerentes. Por outras vezes, o CRAS, o Conselho Tutelar, membros das escolas municipais e estaduais eram convidados a participar, em função das demandas apresentadas. Quanto mais profissionais participavam, mais rica era a discussão e a troca de saberes para a construção de algo novo fundamentado nas práticas antimanicomiais. O CAPS foi peça chave para ensinar aos dispositivos o modelo mais assertivo de cuidado e atenção em saúde. Além dos matriciamentos, havia reuniões online para alinhar orientações quanto às necessidades de alguns usuários. A Referência Técnica Regional em Saúde Mental da SES MG auxiliava quanto as condutas pautadas nas portarias da Política de Saúde Mental e aos poucos os profissionais que eram a favor de manicômios foram se flexibilizando e percebendo que trabalhar na produção do cuidado territorial era mais efetivo do que se trabalhar com manicômios. Ao longo de dois anos, as práticas foram se aperfeiçoando e os profissionais resistentes aderiram ao cuidado compartilhado.

O município começava a entender, desde os profissionais que se dedicavam ao cuidado, aos usuários e familiares, o que era a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Grande parte dos profissionais e usuários conseguiram absorver o funcionamento desta rede. Os próprios usuários passaram a reivindicar seus direitos e os profissionais integraram saberes, experiências e força de vontade para fazer dar certo a implantação de um modelo antimanicomial na cidade. Todavia, a intenção perpassava pelas tentativas de melhorias para o próprio trabalho em saúde mental e para os locais de atendimento em saúde. Era desejo ter tratamentos de uma forma incluída na sociedade e, por vezes, se fazia necessário lembra-se das práticas do passado manicomial para que não voltasse a

acontecer. Estávamos em uma caminhada bastante importante, porém havia desafios não bastando apenas espaços adequados para os tratamentos, mas às vezes a demanda de cuidados sobrepunha à oferta de serviços. O modelo manicomial precisava ser extinto e não se tratava apenas do fechamento de leitos no Hospital Galba Velloso, mas da ampliação da Rede de Apoio de atendimentos em Dionísio, de políticas públicas, e da constante possibilidade de reabilitação psicossocial. Não se internava mais em Hospital, mas de forma tendenciosa começaram a surgir os interesses em Comunidades Terapêuticas que se tornaram os mini manicômios. Infelizmente, alguns profissionais eram mais comprometidos com a luta antimanicomial que outros, assim o excesso de energia para desprender esforços gerava, muitas vezes, sobrecarga de cuidado. As demandas territoriais eram extensas e a maioria visava atingimento de metas. Para além, quando as equipes estavam engajando na ampliação da Rede de Apoio vinham as avalanches de substituições ora por força política, ora por outra oferta de trabalho financeiramente mais atrativa. Era fundamental que os espaços tivessem uma condição diferente de cuidado, pois se tratava de tratamentos demorados e que exigiam tempo para acessar o usuário e conhecer sua demanda, mas nem todos os profissionais altamente condicionados a "indicadores financeiros de saúde" se inclinavam para as demandas tais como elas eram. Assim, após ter vivenciado inúmeros desafios e ter aprendido novas formas de cuidado e atenção em saúde mental, espero poder fazer a diferença e algum dia retornar para dar continuidade a essa história que marcou minha trajetória profissional e a vida de muitos em sofrimento mental.

REFERÊNCIAS:

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. *In*: BEZERRA JR, B; AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria sem hospício:** contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1992, p. 71-90.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2012). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf

BRASIL. Ministério Saúde, Conselho Federal de Psicologia (CFP). Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Centro de Referência em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP): Brasília, CFP, 2013, 132p.

BRASIL. Ministério Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde

mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 6 abr. 2001. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Acesso em: 04 nov. 2023. >.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.htmlINSTITUTO

BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2021: características populacionais e territoriais. Minas Gerais: IBGE, 2023

Yasui, Silvio, Costa-Rosa Abílio. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. Saúde em Debate [em linha]. 2008, 32(78-79-80), 27-37[data de Consulta 4 de Novembro de 2023]. ISSN: 0103-1104. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773003

YASUI, Silvio; LUZIO, Cristina Amélia; AMARANTE, Paulo. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. Rev. Polis Psique, Porto Alegre , v. 8, n. 1, p. 173-190, abr. 2018 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2018000100011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 nov. 2023. http://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.80426.