

CAMINHOS E DESCAMINHOS - O DESAFIO PROFISSIONAL NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL

Eliane de Lourdes Telles¹
Alexandra Jochims Kruehl²

RESUMO

Esse artigo nos remete a uma reflexão sobre o caminho percorrido pelo paciente com problemas em saúde mental, desde o seu território até a sua hospitalização. Para isso, é importante conhecer a rede de atendimento existente, e seu fluxo em saúde mental na região de Montenegro. O que tramita pela rede no processo da busca, encaminhamento e acompanhamento do paciente na procura de assistência nesse percurso. Como este paciente acessa o serviço que necessita, as fragilidades e potencialidades dos cuidados proporcionados a este paciente e seus familiares, entendendo que um trabalho em rede bem estruturado contribui para a qualificação da assistência.

Palavras chave: Rede, Vínculos, Fluxo, Usuário.

ABSTRACT

This article reminds us to reflect on the path taken by the patient with Mental Health problems, from its territory until his hospitalization. Therefore, it's important to know the existing service network and its flow in mental health in the region of Montenegro. What is processing the network in search, routing and monitoring of the patient in seeking care in this process route. As it access the service you need, weaknesses and potential of the care provided to this patient and his family, understanding that, work in well-structured network contributes to the quality of assistance.

Key words: Network, Bond, Flow, Username.

1 INTRODUÇÃO

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) e inclui ações e serviços públicos de saúde. Para o SUS, o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, que são a básica, a de média complexidade e a de alta complexidade. Essa estruturação visa uma melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema. É essencialmente de

¹ Assistente Social no Hospital Montenegro, Especialista em Saúde Mental pela Escola GHC.

² Administradora Hospitalar, Especialista em Saúde Pública, Mestre e Doutora em Administração. Professora no Centro Universitário La Salle/Unilasalle e na Escola GHC. E-mail: alexandra.jochims@ufrgs.br

gestão municipal, respeitando a diretriz do SUS de regionalização. A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) buscou consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Esse modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados, tais como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III), equipamentos de atenção básica em saúde da Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001).

Esta proposta de conformação de rede visa proporcionar a retomada dos vínculos psicossociais e, conseqüentemente uma elevação da qualidade de vida dos sujeitos em sofrimento e seus familiares, através da articulação dos serviços substitutivos do Hospital Psiquiátrico. Nesta rede o CAPS tem papel fundamental, pois por ser territorializado, permite resgatar as potencialidades dos recursos comunitários a sua volta, sendo a reinserção social dada a partir do CAPS em direção à comunidade. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte), econômicos (dinheiro, previdência), culturais e de lazer são convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

O desafio em trabalhar com saúde mental e com a subjetividade humana é que não existe receita pronta. Estas ações são produzidas, inventadas, melhoradas no plano da criatividade e, se estas intervenções forem realizadas, podem contribuir para ajudar a encontrar cada vez mais soluções capazes de prover efetivo cuidado em saúde a essa população específica. Isto nos remete ao que refere o SUS que diz ser “fundamental empenhar esforços na qualificação do processo de gestão” como forma de qualificar o trabalho oferecido à população e conseqüentemente proporcionar melhor qualidade de vida destes sujeitos (BRASIL, 2005, p.7).

Fazendo uma leitura sobre a dimensão das redes em sociedade, através das diferentes configurações e representações, cuja finalidade é a garantia do direito à saúde, mediante a materialização e articulação das políticas públicas no modelo técnico assistencial preconizado pelo SUS, propomos uma reflexão sobre a rede de atendimento existente e seu fluxo em saúde mental na cidade de Montenegro, RS. Esta proposta visa conhecer os caminhos e descaminhos percorridos pelo paciente

com problemas em saúde mental e o que acontece pela rede entre o atendimento no CAPS e a sua internação hospitalar.

Neste sentido, o trabalho visa conhecer a Rede de Saúde de Montenegro e seu funcionamento, com o intuito de entender melhor a trajetória dos usuários da rede de Saúde Mental, deste município na busca da construção de novos caminhos para a efetividade de práticas integrais e interdisciplinares, tidas como dispositivos essenciais, na construção de cuidados contínuos e duradouros em consonância com as redes.

Para tanto, o artigo apresentará um referencial sobre redes, demonstrará o que compõe a rede de atenção à saúde mental (equipamentos de saúde e sociais) e os fluxos de atendimento no município em questão e, por fim, trará algumas reflexões e sugestões para qualificação do cuidado em saúde mental em Montenegro.

1.1 Justificativa

A realidade mostra que o cidadão com necessidade de cuidado em saúde mental depara-se constantemente com o próprio movimento na experimentação de caminhar nos fluxos imprevisíveis da irrealidade real, vivenciada através da visão turva de uma mente insana e, quando não são atendidos nas suas necessidades, através das redes de apoio, sofrem para não perderem os condicionamentos sociais³.

Vivenciar este sofrimento no cotidiano é exercitar a paciência frente às normas e regras impostas pela organização que leva à impotência para tomar atitudes em determinadas situações. Existe uma certa dificuldade no processo de atendimento ao usuário no que diz respeito às normas e rotinas das instituições, que poderiam ser mais maleáveis e permitir, que em determinadas situações o atendimento não fosse tão engessado. Tal engessamento por vezes provoca uma crise/surto deste paciente, prolongando sua permanência no serviço que está lhe cuidando.

³ No âmbito da Sociologia e das ciências sociais em geral, a expressão **Condicionamento Social** designa os mecanismos pelos quais o comportamento de um indivíduo é influenciado ou mesmo modelado pelo seu ambiente social (como a família, emprego, etc) ou por formas de manipulação como a publicidade ou propaganda política.

Na rede de atenção à saúde mental, o CAPS tem papel primordial, pois articula seus equipamentos em torno do eixo organizador que são as pessoas em sofrimento e suas famílias. Neste sentido, o CAPS cumpre papel de assistência direta aos sujeitos em sofrimento psíquico, de organização da rede de saúde na promoção da vida comunitária e articulação dos recursos destas que são oferecidos pela rede de atenção básica, favorecendo a autonomia do usuário.

Desta forma, é garantida a construção da rede interna, preceito básico para a prática da intersetorialidade, conforme Türck (2002, p.27) “para se constituir, essa rede necessita de um processo em que os sujeitos interajam ente si e se disponibilizem a compartilhar afeto e conhecimento, pressuposto fundamental para qualquer ação que implique a construção coletiva de solidariedade”.

2 O TRABALHO EM REDE

Falar em rede, é visualizar um entrelaçamento de fios, e isto nos remete à rede de atendimento na saúde que também é um entrelaçar de profissionais de diversas áreas atuando em prol dos usuários. A rede de atenção à saúde envolve um conjunto de serviços em um determinado território que aciona diversos saberes. Sabendo que tudo que dá vida a uma relação de qualquer ordem constrói a rede, precisamos estar cientes que de uma forma geral o foco do estudo das redes sociais não é o comportamento, um grupo ou uma organização. O que estudamos, conforme nos dizem Menezes e Sarriera (2005, p. 57), é “...a interação e as inter-relações dos nódulos ou nós da rede, assim como os vínculos que se geram entre os diversos nódulos.”

Seguramente uma boa atuação em rede aciona diversas especializações, porém, é necessário garantir uma boa comunicação entre os diversos serviços e equipes, visando um processo eficaz de atenção à saúde. A garantia de que este processo dá certo é “...a rede transversal que se produz pelos entrelaçamentos que ocorrem entre diferentes atores, serviços, movimentos, políticas num dado território (ou seja, a rede heterogênea) é que parece ser o lugar da novidade na saúde. É ela que pode produzir diferenças nas distribuições de poderes e saberes, conforme manifesto pelo Ministério da Saúde, em seu programa HumanizaSUS. (BRASIL, 2009, p. 09).

Neste sentido, Franco (2006, p. 46) explicita sua visão sobre a forma de agir do trabalhador da saúde, neste contexto de rede, que nem sempre é integrada. Para o autor, “ o processo de trabalho em saúde, na sua micropolítica, quando esta funciona sob certa hegemonia do trabalho vivo, vai nos revelar um mundo extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta capacidade inventiva”. Ou seja, em saúde, especialmente em saúde mental, o trabalhador se defronta com situações que lhe exigem usar de artimanhas, necessárias para o sucesso da intervenção. O trabalho vivo vem como dispositivo de formação de fluxos conectivos que abrem alas no interior dos processos de trabalho, com muitas conexões que tramitam por diversos territórios, ou seja,

“Essa forma de condução de processo se repete para todos os níveis de produção, é social e subjetivamente determinada e vai configurando uma certa micropolítica, que é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra.(FRANCO, 2006, p.2)”

Franco ainda refere que,

“O trabalho vivo, como dispositivo de formação de fluxos conectivos, faz uma cartografia no interior dos processos de trabalho como o desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade. O trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde, mas ao mesmo tempo, sua capacidade rizomática, de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, é capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos do caso da saúde.”

Nesta linha, o Programa Humaniza SUS, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), preconiza que a solidariedade e competência se dão através de um trabalho executado em rede, que inicia nos territórios do sujeito que para constituir-se internamente, necessita de três elementos: flexibilidade para aprender, disponibilidade para compartilhar e qualificação para executar. O compartilhar em equipe depende sempre de um objetivo. Os profissionais se reúnem em busca de soluções ou alternativas para determinada questão, trazendo cada um sua experiência profissional e pessoal. Conforme Türck (2002, p. 33) “...no momento em que o sujeito passa a delimitar seu lugar e sua identidade, cria laços, alianças e insere-se em um espaço de grupo, junto a outros sujeitos com o mesmo interesse. Todos os sujeitos passam então a constituir-se em participantes ativos da Rede e também em “fiadores” da garantia do espaço individual em um contexto de grupo.”

Este espaço social em contexto de grupo nos remete ao contexto da Rede Social que implica em uma construção constante, pois na rede social, sem a qual o ser humano não sobrevive, uma vez que necessita do outro para reconhecer-se como tal, o sujeito precisa realizar trocas com a família nuclear e extensa, as relações de amizade e vizinhança, relações de escola, trabalho e religiosas.

Portanto, falar em rede social é respeitar a singularidade do outro e suas experiências que traduzem seu “ser” em sociedade. O sujeito, no seu território, deve ter voz e vez, com suas diferenças respeitadas, revelando uma relação afetiva de estima e respeito.

A partir do momento em que vivemos em um núcleo social que nos reconhece como tal, temos uma ligação social com o mundo que concebemos.

Trabalhar em rede é uma forma eficaz de qualificar o atendimento. É um sistema que tramita nas emoções das redes dos sujeitos e que racionalmente garante os direitos, confere autonomia, trabalha o empoderamento através das políticas públicas. Atuar em rede garante o sucesso das atuações, pois elas “somam ao invés de dividir” como muito bem coloca Türck (2003, p. 14).

3 O CONTEXTO

Este espaço descreve aspectos sobre a composição da rede de atenção à saúde mental de Montenegro e os fluxos existentes para o cuidado em saúde mental.

3.1 Montenegro e a composição de sua rede de atenção à saúde mental

O município de Montenegro localiza-se na Região do Vale do Caí, que é formada por 14 outros municípios. Montenegro possui 59.415 habitantes, (IBGE, 2010) em sua maioria de origem alemã.

No que se refere à saúde mental, é preciso considerar os equipamentos da área da saúde e os sociais. Neste sentido, o município possui como rede de apoio: Secretaria Municipal de Saúde (SMS), CAPS, Ministério Público (MP), Centro de Referência em Assistência Social (CRASS), Centro de Referência em Serviço Social (CRESS), Posto de Atendimento Médico (PAM), Secretaria Municipal de Habitação Desenvolvimento Social e Cidadania (SMHAD), Unidade Básica de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Posto de Saúde da Família

(PSF) e o Hospital Montenegro que se caracteriza como centro da rede de saúde, considerando que a grande maioria dos pacientes da região procuram ou são encaminhados para este hospital.

A Secretaria Municipal de Saúde coordena os CAPS, CRASS, CRESS, PAM, SMHAD, UBS, ESF e PSF. Todos estes órgãos, de maneira informal, são parceiros do hospital. O CAPS é uma via de mão dupla, pois encaminha pacientes para internação e os recebe após alta para continuidade do tratamento. Faz parte do fluxo do hospital.

O CRASS e o CRESS, por terem a maioria dos cadastros dos usuários, auxiliam o hospital na busca de familiares, quando se trata de pacientes desorientados em função de sua patologia.

Pacientes que não possuem familiares para auxiliá-los, e que necessitam de algum tipo de cuidado de enfermagem, aciona-se o PAM para fazer o acompanhamento do paciente no pós alta hospitalar. As UBS, ESF e PSF também são acionados na busca de familiares e no acompanhamento do paciente. O que ocorre, normalmente, é que há uma deficiência de funcionários nestes serviços, o que impede que o processo seja efetivo.

O Ministério Público é acionado quando há negligência dos familiares e/ou abandono.

A Delegacia de Polícia também colabora na busca de familiares, bem como a Brigada Militar.

O Hospital Montenegro é uma Instituição Filantrópica que tem cogestão com o Estado do Rio Grande do Sul. Localiza-se no bairro central da cidade e é referência para 14 municípios da Região do Vale do Caí, além de ser referência também em saúde mental, possuindo uma equipe especializada para o atendimento de pessoas com estas necessidades. Tem capacidade instalada para 152 leitos de internação e possui uma Unidade de Saúde Mental com 26 leitos divididos entre pacientes dependentes químicos e psiquiátricos. Sua equipe é composta por 01 psiquiatra, 02 enfermeiras, 01 arte terapeuta, 01 assistente social, 01 psicólogo e 08 técnicos de enfermagem. O Hospital Montenegro tem o apoio da rede quando necessário, e funciona, porém, esta relação é informal.

A rede de apoio está demonstrada na figura a seguir:

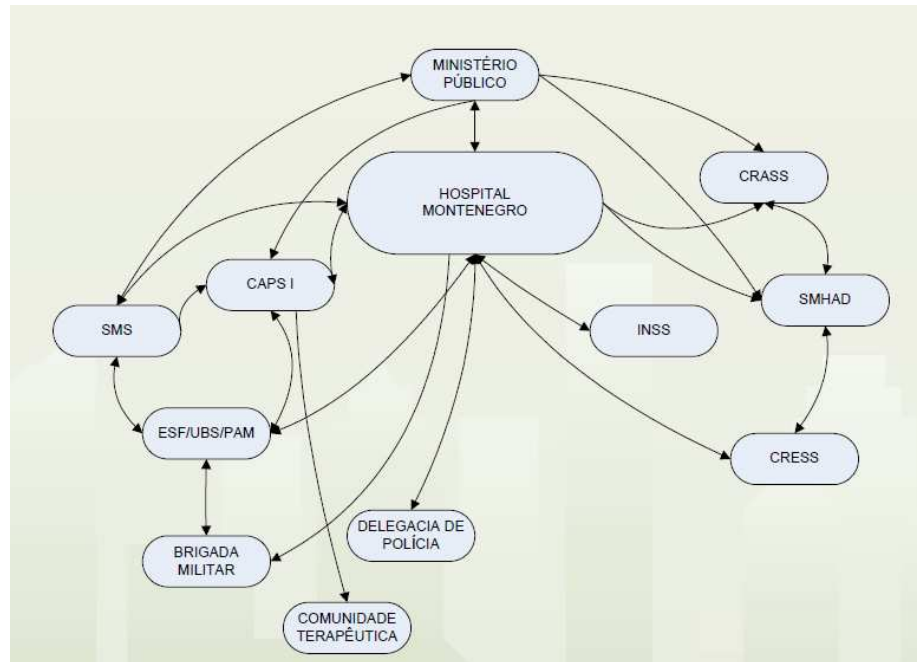


Figura 1: Rede de apoio à saúde mental em Montenegro
Fonte: elaborada pelas autoras

3.2 Os fluxos existentes

Neste espaço, é preciso informar que existem basicamente dois grandes fluxos: o de entrada do paciente no Hospital e o da relação entre o hospital e a atenção básica.

É preciso também fazer um destaque para a importância do Hospital Montenegro na rede de apoio, o que faz com que ele tenha grande visibilidade neste trabalho. Conforme demonstrado na Figura 1, o hospital ocupa uma posição central na conformação desta rede. Portanto, torna-se natural que o fluxo hospitalar esteja também em evidência neste artigo, e seja o primeiro a ser descrito e comentado.

3.2.1 Fluxo de entrada no Hospital Montenegro

O paciente pode dar entrada no hospital via CAPS I de forma eletiva, por agendamento feito por uma enfermeira da Saúde Mental do hospital ou por ordem judicial. Se for por demanda espontânea, o paciente é atendido diretamente na Emergência do Hospital, onde, após avaliação com o clínico, passa por uma avaliação psiquiátrica. Se necessário é realizada a internação. Nessa trajetória, o paciente pode estar surtado apresentando sinais e sintomas da sua doença mental, e se recusar a ir até o hospital. É acionada então, a Brigada Militar que transporta o paciente para a Emergência do hospital, onde será atendido.

Sendo o Hospital Montenegro referência para o Vale do Caí, o que envolve 14 Municípios da região, os contatos são feitos por telefone para os agendamentos. Se houver vaga, um profissional da unidade de saúde mental agenda o paciente e o município providencia o transporte do mesmo até a Emergência do hospital. Na falta de vaga, o paciente é colocado em uma lista de espera. Este processo de atendimento pode envolver a rede do município em todas as suas instâncias evidenciando que estas conexões tramitam desde o território do paciente até o hospital e vice versa. Observa-se que há o envolvimento de profissionais das diversas áreas/territórios de atuação em saúde no processo de atendimento ao usuário. No entanto percebe-se intensa informalidade. Há uma necessidade de padronização/protocolo nessa prática, o que qualificaria o atendimento e definiria o papel dos profissionais das variadas áreas da saúde.

A execução desse processo informal no atendimento está mais vinculado ao (esperado) bom senso das pessoas e às relações interpessoais do que a processos preestabelecidos, com linhas de conduta uniformes e bem definidas. Dessa maneira pode-se observar discrepâncias e falhas no processo que envolve a assistência global do paciente com problemas mentais, causados por essa informalidade.

A figura a seguir apresenta o fluxo de atendimento à saúde mental em Montenegro:

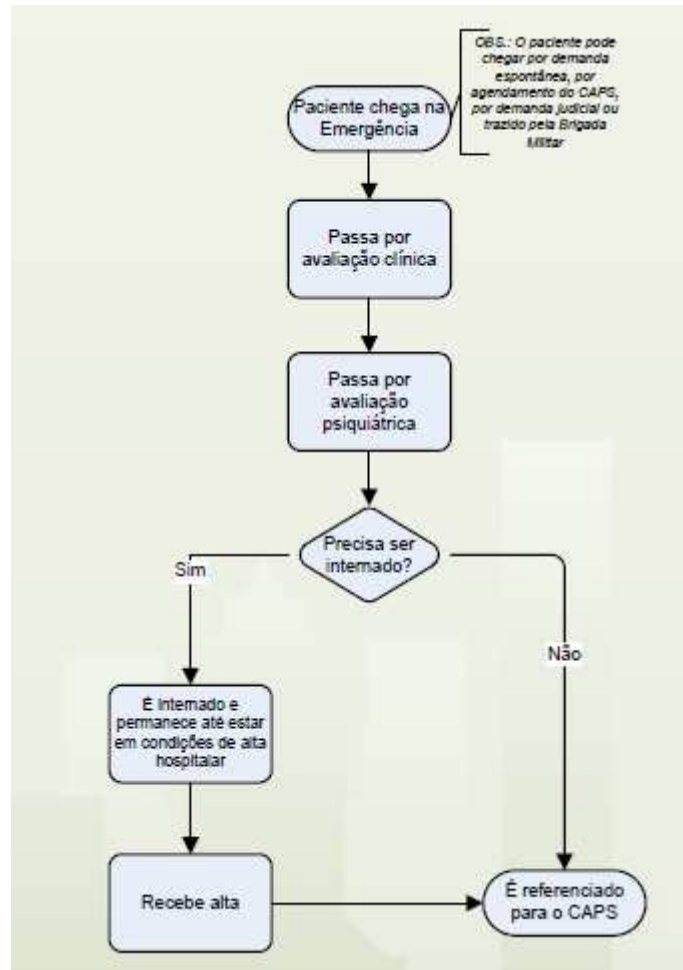


Figura 2: Fluxo de atendimento em saúde mental no Hospital Montenegro

Fonte: elaborada pelas autoras

3.2.2 Fluxo entre atenção básica e hospital

Depois de avaliado na emergência e indicada sua internação, o paciente é conduzido até a unidade de internação da Saúde Mental. Sua internação, em princípio, será de 20 dias, tempo este em que será tratado para se recuperar do surto e/ou desintoxicação. Após período de hospitalização, por ocasião da alta, o mesmo é encaminhado à rede de atendimento do seu município, e/ou CAPS de referência. É entregue ao acompanhante /familiar, um documento de pré agendamento para que seja acolhido no seu município, juntamente com o documento de contra referência. Se necessário, aciona-se o PAM para que o paciente seja acompanhado por um agente comunitário, ou por enfermeiro do Posto do bairro onde o mesmo reside. Raramente se obtém retorno dos serviços da rede se o paciente comparece, ou não, ao CAPS ou postos de atenção básica.

CONSIDERAÇÕES

Diante do exposto neste artigo, sugerem-se alternativas para facilitar os tramites para uma melhor assistência ao usuário com problemas em saúde mental. Uma maneira de auxiliar o usuário a iniciar esta luta, seria contatar o CAPS enquanto ainda hospitalizado. Com o procedimento de alta hospitalar, o paciente é contra referenciado ao seu atendimento de origem. Este procedimento é uma rotina da referência e contra-referência. O hospital dificilmente tem retorno sobre como o paciente chega, ou não, ao seu município/CAPS após alta, tampouco se ele está sendo acompanhado ou como está sua situação. Portanto, uma sugestão que poderá facilitar o acompanhamento do usuário seria uma intercomunicação efetiva entre CAPS e hospital enquanto parceiros. Contatos entre serviços, reuniões, oficinas e/ou outras atividades entre os profissionais, pacientes e familiares promoveria uma melhor interação. Desta forma, pós alta hospitalar, a equipe do CAPS daria continuidade auxiliando no fortalecimento dos vínculos familiares e sociais do paciente. Reconhecendo-se como “doente”, aceitando o tratamento e com o apoio familiar, as reinternações se espaçariam e o paciente se sentiria fortalecido e capaz, o que indiscutivelmente acionaria sua força interior lhe permitindo experimentar um movimento de transformação.

Esta trajetória permite auxiliar no amadurecimento para o progresso ou aprendizado, contribuindo na promoção do aprender a conviver com o diagnóstico o que fundamentalmente é não se deixar abater pela tristeza profunda, apesar das práticas e valores que as sociedades enraizaram acerca da insanidade mental. Isso implica no reforço da rede social de apoio, que tem como meta o empoderamento e a cidadania. Atuando junto aos CAPS, a rede poderá amenizar o processo de fragilização dos sujeitos, causada pelo adoecimento e construir um processo de luta interna de enfrentamento, que se transforma em força para que ele se movimente em direção à cidadania, pois, como dizia o saudoso Mario Quintana: “as pessoas não se precisam, elas se completam... não por serem metade, mas por serem inteiras, dispostas a dividir objetivos comuns, alegrias e vida” e na questão da saúde mental, também a doença.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS-HumanizaSUS. Brasília-DF. 2009.

BRASIL. O SUS de A a Z, Garantindo saúde nos Municípios. Ministério da Saúde: Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília-DF. 2001.

FRANCO, Túlio Batista. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho Em Saúde in Pinheiro R. e Mattos R.A. (Orgs.) , **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

MENDES, Eugênio Villaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. 15(5): 2297-2305, 2010.

MENEZES, María Piedad Rangel; SARRIERA, Jorge Castellá. Redes sociais na investigação psicossocial. **Aletheia**. n.21. jan/jun/2005. p.53-67.

SILVA, Silvio Fernandes. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção a Saúde: desafios do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. 16(6): 2753-2762, 2011.

TÜRCK, Maria da Graça Maurer Gomes. **Rede Interna e Rede Social**: o desafio permanente na teia das relações Sociais. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2002, 64p.