

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**O SENTIDO DA SAÚDE MENTAL NA REDE: NOVAS
PERSPECTIVAS DECORRENTES DE UMA
SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Amábile Augusta Minato

Santa Maria, RS, Brasil.

2014

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada
em Sistema Público de Saúde

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável –

O SENTIDO DA SAÚDE MENTAL NA REDE: NOVAS PERSPECTIVAS
DECORRENTES DE UMA SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE

Elaborado por

Amábile Augusta Minato

Orientado por

Prof^a. Dr^a. Vânia Maria Fighera Olivo

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde

Comissão Examinadora:

Ms. Lionara de Cássia
Paim Marinho
(SMS – Santa Maria)

Ms. Volnei Antonio
Dassoler
(SMS – Santa Maria)

Santa Maria, 17 de março de 2014.

O SENTIDO DA SAÚDE MENTAL NA REDE: NOVAS PERSPECTIVAS DECORRENTES DE UMA SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE *

Amábile Augusta Minato¹

Juliane Caeran²

Liziane da Silva Moreira³

Vânia Maria Fighera Olivo⁴

¹Assistente Social e Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

²Psicóloga e Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

³Enfermeira e Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

⁴Enfermeira, Doutora em Administração (UFRGS), docente da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) .

RESUMO :

A construção de novas perspectivas de atuação em saúde mental que proporcionem ações intersetoriais que, objetivem a integração entre a rede de saúde mental e demais serviços. Nessa perspectiva, o dispositivo de apoio matricial revelou-se fundamental para uma melhor atenção em saúde mental na rede básica. Relacionando-se a catástrofe, como a ocorrida em Santa Maria/RS, em que um incêndio vitimou 242 jovens, torna-se essencial a construção de um trabalho em saúde mental alicerçado nesses dispositivos preconizados pela PNH. Este artigo teve por objetivo identificar se as ações desenvolvidas em saúde mental, no contexto da tragédia ocorrida em Santa Maria, significaram a construção de novas perspectivas em saúde mental. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais de diferentes setores da rede que prestaram atendimento na situação de um evento extremo e, que participaram das ações de apoio matricial desenvolvidas por meio da criação de um grupo de trabalho. Os dados foram analisados com base na Análise de Conteúdo, resultando na construção de três categorias. Destaca-se que os profissionais reconheceram a importância da saúde mental no contexto de catástrofe, entretanto, revelaram uma visão fragmentada e tradicional centrada em encaminhamentos, mediante a atuação do Grupo de Trabalho ações de apoio matricial foram inseridas na rede básica. Contudo, o contato por parte das equipes especializadas em saúde mental diante, dispositivo apoio matricial se fez mais intenso no período de crise havendo redução dessas práticas, o que representa a não existência de uma rede integral e resolutive.

Palavras-chave: Catástrofe; Rede de Saúde Mental; Apoio Matricial; Grupo de Trabalho

ABSTRACT:

This work intends a view to the construction of new perspectives in mental health act in a direction to provide intersectoral actions that aim the integration between the mental health network and other services. In this perspective, the matrix support device came to be fundamental to a better attention in mental health in primary attention service. Relating to catastrophe, as in the Santa Maria/RS, where a fire killed 242 young people, it becomes essential to the construction of a mental health work based on these devices recommended by the PNH. This article aimed to identify if the actions developed in mental health, in the context of the tragedy which took place in Santa Maria, meant the construction of new perspectives in mental health. Semi-structured interviews were conducted with professionals from different sectors of the network that provided attendance in an extreme event and which participated in the matrix support developed through the creation of a working group. Data were analyzed based on Content Analysis, resulting in the construction of three categories. Stands out that the professionals have recognized the importance of mental health in the context of catastrophe. However the contact from the part of the specialized teams in mental health in front of the matrix support device became more intense on the period of crisis going on reduction of these practices, which represents the non-existence of a full and resolutive network.

Keywords: Disaster; Mental health network; Matrix Support; Workgroup

INTRODUÇÃO

Diversos autores tais, como Thomé¹; Benyakar²; Taralli² têm discorrido acerca do contexto de catástrofes e suas consequências. Situações de catástrofe obrigam os profissionais a ampliar seu universo de atenção para saúde mental, uma vez que atingem uma população de modo inesperado o que pode desorganizar suas vidas de forma violenta¹. Para tanto, em situações traumáticas o atendimento em saúde mental à população atingida torna-se fundamental, pois quando ocorre uma catástrofe “... se calcula que para cada vítima haverá cerca de 400 pessoas que necessitem de assistência em saúde mental”².

A população de Santa Maria/RS sofreu o impacto de um evento extremo, que foi o incêndio ocorrido em uma casa de entretenimento, o qual vitimou 242 jovens e deixou centenas de outros feridos e/ou com sequelas³. Tal situação repentina e desorganizadora atingiu de forma violenta e potencialmente traumatizante a vida das famílias e da população envolvida¹. Desse modo, por se tratar de uma situação de alta complexidade com necessidade de intervenção imediata, para minimizar os danos à saúde mental, esse momento requisitou a articulação estratégica das diversas instituições e do serviço voluntário o que proporcionou a formação de diversas frentes de trabalho⁴.

Dentre, essas equipes destacou-se a constituição de um Serviço de Atenção Psicossocial 24 horas que, objetivava o cuidado psicossocial aos sobreviventes, familiares, trabalhadores e aos demais envolvidos direta e indiretamente pelo evento catastrófico⁴. Evidencia-se, também a interlocução realizada entre as equipes especializadas de saúde mental e as equipes de atenção básica tendo, ocorrido através do dispositivo de Apoio Matricial havendo resultado em novas perspectivas de atuação no campo de saúde mental. Nesse sentido, a tecnologia do Apoio Matricial se propõe a produzir uma ruptura no

modelo assistencial dominante, calcado na lógica da especialização e da fragmentação do trabalho, através do diálogo entre as diferentes equipes, das relações horizontais entre as especialidades, do estímulo à responsabilização com o cuidado longitudinal em saúde⁵.

É importante destacar que no quadro das diretrizes nacionais de saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é descrita como contato preferencial dos cidadãos com o Sistema Único de Saúde (SUS)⁶. Diante desse cenário a ESF apresenta potencial para desenvolver, principalmente, dois tipos de ações no campo de Saúde Mental. A primeira diz respeito às condições de detectar precocemente queixas e sinais relativos ao sofrimento psíquico através do acolhimento e da escuta qualificada. A segunda ação consiste na oferta de tratamento na própria atenção básica e, se necessário, encaminhar para serviços especializados⁷.

Todavia, apesar do potencial de atuação da atenção básica no campo de saúde mental, ela apresenta, ainda, convergências com a lógica do modelo hegemônico em saúde, no qual a atenção primária encaminha para os especialistas nos ambulatórios, CAPS e/ou hospitais e, na maioria das vezes, não se corresponsabilizam pelo cuidado longitudinal. Dessa forma, o portador de sofrimento psíquico é encaminhado e não é sentido pelos profissionais da atenção primária como de sua responsabilidade, apesar de estar no seu território, na sua comunidade⁸.

Vale dizer que se as práticas de saúde mental na atenção básica são essenciais para a formação de uma rede de atenção integral e resolutiva, tais métodos serão ainda mais relevantes em situações emergenciais. Em circunstâncias de catástrofes, o equilíbrio emocional de todos os indivíduos é submetido à situação limite desorganizadora e tende a ficar fragilizado, portanto, desestabilizado. E para uma parcela significativa da população, a

desorganização psíquica poderá conservar-se comprometida durante um período determinado, ou de forma permanente. Tornando-se importante a atenção em saúde mental à população atingida⁹.

Tal tragédia exacerbou a importância e a necessidade de existir uma rede de atenção à saúde articulada com a saúde mental. Frente a isso, cabe analisar que mudanças essa situação provocou na produção de saúde mental nos serviços de atenção básica e nos serviços especializados?

Além disso, buscando responder a essa situação de emergência, diversas ações em saúde e em saúde mental foram realizadas tendo destaque especial para a formação de Grupos de Trabalho – GTs. De acordo, com a Política Nacional de Humanização, foram desenvolvidos diversos dispositivos que acionados disparam processos de produção de saúde, envolvem coletivos e propiciam mudanças nos modos de atenção e de gestão em saúde¹⁰.

Dentre esses dispositivos destacam-se os Grupos de Trabalho que são analisados como espaços coletivo, organizado, participativo e se destinam a empreender uma política institucional de consolidação dos valores de universalidade, integralidade e aumento da equidade na assistência e democratização na gestão em prol dos usuários e dos trabalhadores da saúde¹⁰. Desse modo, daremos ênfase ao Grupo de Trabalho em Atenção Básica e Redes – GTABR, criado com a finalidade de realizar apoio matricial às equipes da rede básica e da rede de apoio, no enfrentamento das demandas oriundas da situação de catástrofe e da inserção da saúde mental na rede.

Desse modo, diante a situações de catástrofe, torna-se fundamental a construção de redes sociais que se constituem como espaço potencial de trocas materiais e afetivas, no qual as pessoas encontram suporte e apoio social, compartilham suas dificuldades e tentam encontrar soluções em conjunto, além de trocarem informações^{11; 12;13}. Sendo assim, as redes sociais são significadas por meio de laços fortes e, geralmente, representadas pelo núcleo familiar mais próximo e por alguns amigos e vizinhos, ou seja, pessoas com quem o contato é ativo e recíproco¹³.

Diante disso, sabe-se que as ações de saúde mental na rede de atenção à saúde revelam-se importantes, especialmente, em situações de tragédia e também para o cumprimento das diretrizes do SUS¹⁴. Também, justifica-se o estudo da inclusão das ações de saúde mental na rede pela sua importância na construção de novas perspectivas e práticas em saúde, baseadas na formação de redes. Além disso, a articulação da saúde mental com os demais serviços da rede em situações de tragédia apresenta poucas publicações.

Assim, este estudo tem por **objetivo** *identificar se as ações desenvolvidas em saúde mental, no contexto da tragédia ocorrida em Santa Maria, significaram a construção de novas perspectivas em saúde mental.*

MÉTODO

A metodologia utilizada neste estudo consiste na abordagem qualitativa, descritiva-exploratória. A pesquisa qualitativa atende a complexidade das relações e comunicações

humanas, pois permite contemplar em profundidade uma determinada realidade a ser estudada¹⁵. Em concordância, uma pesquisa descritiva busca descrever em profundidade as características de uma população, fenômeno ou experiência, pode resultar em novas compreensões a respeito de uma realidade conhecida. Os estudos exploratórios objetivam conhecer determinado problema, usualmente pouco explorado¹⁶. Para tanto, podem ser realizadas entrevistas com sujeitos que tiveram experiências práticas com o problema em questão e levantamento bibliográfico.

A coleta de dados ocorreu em alguns serviços que fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) do Município de Santa Maria, localizado no interior do Estado do Rio Grande do Sul, e se envolveram diretamente no atendimento às vítimas, mediante apoio do GTABR.

Foram participantes do estudo sete profissionais assim distribuídos: dois das Unidades Básicas de Saúde (UBS); dois das Estratégias Saúde da Família (ESF); um dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); um do Serviço de Acolhimento 24 horas (SA) e um dos CRAS. A totalidade dos participantes era do sexo feminino, com idade média de 41 anos e tempo médio de trabalho nos serviços de 33,14 meses. Em relação às profissões, contou-se com a participação de psicóloga, enfermeira, assistente social, técnica de enfermagem e agente comunitária de saúde.

Para a coleta dos dados o instrumento empregado foi a entrevista semiestruturada, que se caracteriza como um instrumento privilegiado para os objetivos da pesquisa, uma vez que permite surgir, por meio dos relatos, as características que representam a particularidade de dado grupo em dado contexto¹⁵.

A análise qualitativa dos dados obtidos, através das entrevistas, ocorreu em conformidade com a Análise de Conteúdo, pois, esse tipo de análise é apropriado para pesquisas qualitativas em saúde, pois permite realizar uma descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto nas falas, buscando interpretá-lo aprofundadamente¹⁵.

Este estudo é oriundo de um projeto guarda-chuva, intitulado “*O Sentido do Compartilhamento do Cuidado em Saúde numa Situação de Atendimento às Vítimas de Desastre por Incêndio*”, o qual foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria, recebendo aprovação sob o parecer nº 338.798, em 22 de julho de 2013. O trabalho considerou a resolução nº 196/96 versão 2012 do Conselho Nacional de Saúde e observou as normas éticas de coleta, análise e divulgação dos dados¹⁷.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise dos depoimentos resultou na construção de três categorias, expressivas ao objetivo do estudo, a saber: **(Re)Significando o modo de pensar-fazer Saúde Mental; O apoio matricial em saúde mental: suporte a rede básica; A instituição de Grupos de trabalho na estruturação da rede de saúde mental.** Assim, serão apresentadas e discutidas na sequência do texto.

(Re)Significando o modo de pensar-fazer Saúde Mental

Os Movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, legitimados com Constituição de 1988¹⁸, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde¹⁴ e operacionalizados

com o advento das novas Políticas Públicas, incluindo a Lei da Reforma Psiquiátrica, pressupõem a desconstrução de modelos de atenção à saúde fragmentados, centrados na doença, segregadores entre mente e corpo¹⁹. No que se refere à saúde mental, esta passa a ser vista como uma política que se destina à atenção aos portadores de transtornos mentais tendo como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia. Isso implica organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e formar redes com outras políticas públicas tais, como educação, moradia, trabalho, cultura entre outras²⁰.

Entretanto, apesar dessas novas concepções, compreende-se que a saúde mental ainda não é concebida de forma integralizada, percebe-se uma dicotomia entre saúde e saúde mental. Essa dicotomia parte de um princípio cartesiano, que separa corpo e mente e fragmenta a atuação científica, valorizando a especificidade em prejuízo do olhar integral²¹. Nesses termos, apesar dos avanços na legislação e nas políticas, é possível perceber que a operacionalização e a concepção de ações em saúde mental ainda estão bastante compartimentalizadas, com concepções e intervenções fragmentadas entre serviços e especialidades⁵. Porém, sabe-se que, com o advento da tragédia, essa concepção começou a ser questionada e refletida pelos profissionais.

Acho que (com a tragédia) pude me perceber enquanto profissional de saúde, não só enquanto profissional de saúde mental, e visualizar a saúde mental inserida dentro da saúde, porque muitas vezes parece algo a parte: a saúde mental uma coisa, a saúde geral é outra. Então, acho que ficou mais articulado (P2-SA).

A saúde mental é o principal, mas penso que deveria estar muito bem reforçada, por que no momento em que uma pessoa passa por um trauma do qual elas passaram, tem que ter esse, esse apoio direto, acho que é fundamental (P4-CRAS).

A análise das falas nos permite observar que os trabalhadores passaram a considerar e perceber a importância e necessidade de ampliar as ações e modos de intervenções que considere o saber e fazer do campo da saúde mental, numa perspectiva intersetorial. Esse novo olhar encontra respaldo em referenciais ,quando enfatiza que a saúde mental é um campo de defesa da cidadania, pois possibilita transformações históricas e culturais fundamentais para o redirecionamento da assistência, bem como a inserção de pessoas com transtorno mental como sujeitos de direitos, capazes de partilhar a convivência no território onde vivem⁵.

Nesse sentido, a Portaria 3088/2011 estabelece e institui a rede de atenção psicossocial e objetiva garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo²². No contexto da atenção básica, tais pressupostos assumem um caráter ainda mais relevante ao abordar saúde mental, pode-se dizer um modo de "como lidar com a família, com as pessoas em crise, com a vizinhança, com os atores sociais no território em que vivem"²³.

Outra percepção relevante, trazida pelos trabalhadores, foi o papel exercido pelas equipes de saúde mental frente às novas demandas inerentes ao contexto da tragédia, em termos de modo de organização e formação de novos significados sobre esse campo de saber e fazer saúde. Uma situação de catástrofe exige respostas humanas organizadas, capazes de promover ações integrais especialmente no âmbito da saúde mental, visto que esse evento imprevisível desorganiza a vida, de forma violenta, da população em geral. Dessa maneira, o enfrentamento da situação de tragédia provocou um despertar para as demandas em saúde mental⁹.

As equipes de saúde mental levaram um choque, porque nunca pensaram em fazer o que fizeram (...) e aprenderam, mudaram práticas. Eu acho que foi um marco para a saúde mental essa tragédia, foi um marco para a gestão que começou a ver uma saúde mental que não via, que não entendia qual era a finalidade (P5 CAPS).

Eu acho que o cuidado em saúde mental teria que ser tão importante quanto o que se tem com a gestante, todas essas outras políticas que a gente prioriza, mas a saúde mental prioriza tudo, eu acho que entra tudo isso (...). A saúde mental é o centro de tudo. Mas eu acho que a gestão e o restante não pensam assim, porque se pensasse estaria bem mais estruturada (P7-ESF2).

Através dos relatos, pode-se observar que o evento vivenciado desencadeou um refletir sobre o modo de pensar e fazer cuidado em saúde mental com destaque ao seu papel. Entretanto, o questionamento incide na dúvida em saber até que ponto essas reflexões irão subsidiar a construção de novas práticas, visto que, o modo de organização dos serviços em saúde mental ainda permanece reproduzindo uma lógica tradicional e apresenta dificuldades de se organizar em rede. Dessa forma, a transformação de modelos sanitários e modelos de atenção à saúde mental perpassam pela valorização da estratégia de Atenção Primária à Saúde na rede de cuidados psicossociais²⁴.

Considerando que não somente os trabalhadores despertaram para as questões de saúde mental, mas também a instância de gestão, é possível inferir que ela tem um papel essencial na viabilização de novos processos de trabalho que proporcionem um cuidado em saúde integral. Em relação a isso, a Política Nacional de Humanização (PNH) preconiza a indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, ou seja, entre atenção e gestão. Visa, ainda, estabelecer dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores^{10; 25}. Essa lógica de atuação é essencial a todos os âmbitos de atenção à saúde, reforçando-se ainda mais em catástrofes, visto que os serviços de saúde dificilmente estão

preparados para responder às demandas em saúde conforme os princípios orientadores do SUS¹⁴.

Nós vimos os gestores juntos, eles estavam lá, acreditando no nosso trabalho de alguma forma que não tínhamos antes. Isso era motivo para irmos além, do nosso cansaço das nossas possibilidades (P5-CAPS).

Entretanto, apesar da importante reflexão e percepção dos profissionais sobre a necessidade de ações saúde mental, também, foi possível identificar que os agravos em saúde mental ainda são visualizados como sinônimo de encaminhamento.

A saúde mental hoje é vital, acho que deveria ter mais CAPS do que se tem hoje, pois a importância da saúde mental é muito grande. Então, muitas vezes o paciente vem aqui na unidade várias vezes, e nós sabemos que não é doença física, que ele tá em sofrimento mental. Nós temos que encaminhar, nós vamos encaminhar (PIUBS).

[...] um dos principais problemas é quanto aos atendimentos que demandam a saúde mental. A gente tem bastantes situações da qual aquele usuário que estava inserido na saúde mental e depois que ele saiu, ele não tem muito suporte [...] (P4 - CRAS).

A análise desses fragmentos nos remete ao predomínio de abordagens convencionais das equipes de atenção básica que não assumem para si os cuidados em saúde mental, ou então, não os abordam de modo integrado com equipes de especialistas. Eles reproduzem a lógica do encaminhamento, consideram que toda a problemática da saúde mental deve ser abordada a partir de conhecimentos especializados. Além disso, nota-se que após o usuário sair de um serviço, especialmente de saúde mental, não existe suporte no território denotando o pouco contato entre os profissionais e serviços da rede.

Sendo assim, o sujeito e seu sofrimento são pesquisados a partir de um campo de saber fundamentado em uma forma de produzir saúde, na qual de modo geral, não há responsabilidade pela demanda e o encaminhamento domina as ações. Vinculado a esse distanciamento, os profissionais da atenção básica consideram que o usuário, ao procurar

por um serviço com uma questão de saúde mental, ou precisa ser ouvido pelo psicólogo ou atendido pelo psiquiatra para prescrição de medicamentos²⁶.

Desse modo, pode-se compreender que a aproximação entre saúde mental, gestão e demais serviços da rede é fundamental para o estabelecimento de práticas mais efetivas e resolutivas em saúde. Para tanto se deve considerar a importância da construção de novos dispositivos em saúde mental, visando práticas integrais, como a apoio matricial, tema discutido na categoria a seguir.

O apoio matricial em saúde mental: suporte a rede básica

A saúde mental é um dos poucos campos de conhecimento e atuação na saúde tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes²³. Diante disso, compreende-se a necessidade de redes de suporte a Atenção Básica. Mas para tal, a PNH preconiza a utilização de dispositivos como o apoio matricial que, embasado na interdisciplinaridade, se constitui em uma tecnologia de trabalho que objetiva assegurar retaguarda especializada às equipes de Saúde da Família por meio de suporte técnico-assistencial e pedagógico²⁸.

Nesse contexto, o apoio matricial surge como tecnologia empregada para articulação entre atenção básica e serviços especializados, ele promove encontros de saberes que proporcionem uma atuação mais integral e menos fragmentada^{28; 10}. Para isso, as equipes devem estruturar espaços de trocas e discussão para a elaboração conjunta de projetos assistenciais, bem como viabilizar a realização de atendimentos compartilhados²⁷.

Com o advento da tragédia, ocorreu a potencialização de ações de Apoio Matricial, que foram desencadeadas mediante a interlocução entre os Centros de Atenção Psicossocial e a Atenção Básica. Desta forma, através das falas, percebe-se que o contexto de catástrofe exigiu uma aproximação entre a saúde mental e demais serviços da rede, em especial atenção básica, proporcionada mediante o dispositivo de apoio matricial.

Os profissionais da saúde mental, que formaram aquela rede, eles vieram para nos orientar como proceder e ver como nós estávamos agindo. Era uma equipe de rede matricial que começou a vir nas unidades, eles fizeram três reuniões conosco e, nessas reuniões, nós trocávamos os casos que nós tínhamos e os casos mais difíceis (P1-UBSI).

O exame do fragmento permite compreender que a tecnologia de apoio matricial empregada nesse contexto teve como objeto uma reflexão do modo de agir no sentido de possibilitar a construção de novas práticas em saúde através da aproximação entre diferentes saberes e profissionais.

Entretanto, evidencia-se que para essa articulação acontecer é necessário haver comunicação, diálogo entre os diferentes sujeitos, justificando os encontros, as trocas.

[...]Nós trocamos ideias, também, e eles nos apoiaram bastante e nos orientaram (P1-UBSI).

[...]Nós falarmos do nosso trabalho, o pessoal da saúde mental falar do trabalho deles, porque o paciente é o mesmo (P1-UBSI).

Dessa maneira, como revelado nos depoimentos, a comunicação e o suporte disponibilizado pelos serviços especializados à atenção básica, demonstrou-se como de grande importância no contexto de tragédia. Sobre esse aspecto, o trabalho em equipe deve ser pautado na construção de propostas coletivas, sendo que a comunicação assume lugar central para a realização desse tipo de trabalho. Nessa perspectiva de trabalho a dimensão

relativa a dois ou mais sujeitos humanos e assume uma posição de destaque, não apenas no que se refere às relações entre profissionais, mas também entre profissionais e a população atendida pelo serviço de saúde²⁹.

Dessa forma, a comunicação passa a ser primordial para a integração dos diferentes campos de conhecimentos e profissionais, bem como para as ações de apoio matricial. Porém, mediante os depoimentos percebe-se que a comunicação permanece como uma tarefa difícil no cotidiano das equipes, o que tem levado a ações fragmentadas que interferem na construção do agir interdisciplinar.

Eu acho que tudo depende da comunicação. A meu ver a comunicação entre nossas equipes é muito falha, não se fica sabendo das reuniões, do que está sendo feito em outros serviços, não é partilhado conosco das unidades muitas coisas. Parece que os serviços são muito isolados e deveria ser mais conjuntamente esses serviços (P1-UBS1).

E sempre tem algo que tu entende que é erro de comunicação. Que a pessoa veio num dia que não era pra vir, ou que não foi bem encaminhada [...] (P2-SA).

A análise das falas evidencia que a organização atual dos serviços de saúde do município apresenta carência de comunicação, o que dificulta ou mesmo inviabiliza a construção de práticas integrais. Assim, a ampliação da atenção em saúde deve ser acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, para que resulte em processos de atenção e gestão mais eficientes e eficazes que construam a integralidade da atenção²⁵. Nessa perspectiva, o apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais da equipe de referência e apoiadores⁵.

A saúde mental deve ser bem integrada, penso que não só os profissionais da saúde mental, mas nós que estamos na ponta devemos estar fazendo um bom trabalho para que vocês tenham um suporte, vamos exemplificar: o pessoal lá do CAPS, eles tem que ter uma boa sustentação antes do usuário chegar lá, por quê? Porque no momento em que ele retornar ao território, ele tem que ter um bom contato com os outros serviços para poder ter resultado o trabalho da saúde mental (P4 CRAS).

A análise do fragmento nos remete a importância e a necessidade de integração entre os serviços especializados e serviços da rede proporcionando um cuidado longitudinal do usuário no território em que vive. Para que exista um sistema articulado que propicie uma atuação interdisciplinar, faz-se necessário a construção de um trabalho em redes que possa articular, vincular, pôr em comunicação os diferentes serviços¹⁰. Além disso, a rede, quando bem instrumentalizada, possibilita melhor visão do sistema, seja do indivíduo, de sua família ou de sua comunidade, melhorando a resolubilidade da atenção¹⁰.

Baseado nessa lógica, a criação de novos dispositivos, em especial do apoio matricial, que proporcionem o fortalecimento do trabalho em rede, da comunicação e das ações em saúde mental, necessitam da formação de grupos de apoio especializados para que possam ser viabilizados. Dimensões essas discutidas na categoria a seguir.

A instituição de Grupos de trabalho na estruturação da rede de saúde mental

De acordo com o Ministério da Saúde um GT é um espaço coletivo organizado e participativo, que se destina a empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade, equidade e busca intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos¹⁰. Desse modo, a tragédia ocorrida

resultou na necessidade de formação de vários grupos de trabalho de modo a dar suporte na estruturação do cuidado.

Nesse contexto, destaca-se a atuação de um grupo de apoio especializado proporcionou a introdução do cuidado em saúde mental na rede de saúde. Este grupo, intitulado Grupo de Trabalho Atenção Básica e Redes (GTABR), atuou no sentido de ser disparador da organização da rede de atenção psicossocial, alicerçado nas diretrizes da PNH. Essa organização dos processos de trabalho está prevista no Termo de Compromisso estabelecido entre União, Estado e Município, envolve um período mínimo de cinco anos de intervenção específica e explícita em suas prerrogativas a cerca do Atendimento Psicossocial: ampliação e qualificação de ações e serviços da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica no Município- justificando a relevância de tais ferramentas³⁰.

Eu acho importante porque não fica só, tem esse link com a rede de cuidado de saúde mental, que parece assim que é tão isolado. [...] e parece que [o GT] fez um link com a saúde mental (P1-UBSI).

A análise do depoimento revela o processo de fragmentação da rede que funciona de forma convencional, realiza ações isoladas e revela a importância da atuação do Grupo de Trabalho como potência na aproximação da saúde mental em relação a atenção básica. Dessa forma, a construção de um grupo de trabalho aproxima as equipes de atenção básica e saúde mental, propicia a transformação de vínculos já instituídos, além de estabelecer um ambiente favorável para compartilhar as dificuldades do trabalho em torno das demandas de saúde mental, acolher e debater as divergências, por meio da ampliação da capacidade de análise e da negociação dos novos modos de agir ¹⁰. Nesse sentido, o grupo de trabalho propiciou o direcionamento da comunicação intersetorial entre estes dois níveis de atenção

do sistema, incentivando a ampliação do campo da saúde mental que necessitam serem instituídas nos processos de trabalho entre as equipes nesse período pós-tragédia.

Então eu acho que o GT faz isso, a questão do apoio direciona esse dialogo com os serviços e faz realmente acontecer, impulsiona que isso aconteça, uma coisa que sempre deveria ter acontecido, mas a gente sabe que não acontece e o GT tenta impulsionar, fazer com que isso aconteça (P2 - SA)

Eu acho que com esse evento, com a aproximação do GT, e a articulação maior dos serviços, principalmente a atenção básica (...), começou-se a enxergar as demandas de saúde mental de forma diferente (P2-SA).

A análise das falas evidencia que a aproximação do Grupo de Trabalho Atenção Básica e Redes propiciou uma articulação com a saúde mental que anteriormente não era devidamente efetivado, a fragmentação do trabalho refletia no isolamento representado na rotina institucional em que as equipes de saúde se encontravam. Dessa forma, determinadas vezes o trabalhador de saúde está tão acostumado ao seu trabalho, à rotina ou ao seu lugar institucional, que tem dificuldades de pensar, isoladamente, em alternativas diferentes. Sendo assim, o trabalho em grupo proporciona o encontro das diversidades individuais, provocando novas articulações e a possibilidade de implementação de propostas coletivas¹⁰.

Mas a questão está em como institucionalizar essas novas práticas já que o Termo de Compromisso prevê essa necessidade, frente às demandas oriundas da tragédia ocorrida no Município de Santa Maria,RS³⁰. São elas: a estruturação da rede psicossocial, com ênfase a saúde mental essencial para esse contexto bem, como a corresponsabilização das equipes de Atenção Básica para o atendimento da população atingida por esse evento. Para

tanto, isso representa um grande desafio: mudar o modelo a partir da institucionalização de novas modalidades de práticas que contemple a saúde mental nas ações cotidianas.

Mas o que envolve institucionalizar: para a PNH a cogestão é um modo de administrar que inclui pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético-política que aponta para democratização das relações no campo de saúde. Diante dessa perspectiva de corresponsabilização na atuação das equipes, a PNH expõe o modelo de gestão centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em espaços coletivos que permitem que o poder seja efetivamente compartilhado por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente³¹.

Entretanto, a análise dos dados evidencia o risco eminente desse processo de suporte especializado em saúde mental na rede básica não ter a continuidade necessária.

Eu acho que as reuniões deveriam ter continuado. Nós não tivemos mais reuniões com o GT aqui no Serviço depois que foi formado a equipe do acolhimento, (...) somente antes. Eu acho que seria importante para nós sabermos o que está sendo feito, para onde nos direcionarmos (P1-UBSI).

Foi mais a nível local que a gente fez as ações e não procurou muito o GT. Ele veio no início (...), ainda acho importante o papel dele, porém não conseguimos estabelecer essa relação com essas pessoas do grupo de trabalho (P6-ESF1).

Ao investigar o conteúdo dos relatos, pôde-se observar que as ações realizadas pelo GTABR foram mais intensas no período de crise, o qual parece ter exigido uma urgência na intervenção em atenção psicossocial. Porém, após ter passado o período emergencial o contato entre os diferentes profissionais da rede foi diminuindo, de modo que a rede básica foi se distanciando da continuidade dessas ações. Considerando o Termo de Compromisso assumido em viabilizar a estruturação da rede de atenção psicossocial para

acompanhamento às vítimas da catástrofe, esse fragmento se reveste de suma relevância, pois denota que essas novas demandas, desencadeadas com o evento, não foram suficientes para institucionalizar novas práticas. Desse modo, este estudo evidencia a importância de manter a lógica da ampliação da saúde mental do trabalho em equipe e das ações integradas, proporcionando o cuidado longitudinal. Além disso, a PNH respalda novos modelos de gestão centrados no trabalho em equipe e na construção de espaços coletivos, e permite que o poder seja efetivamente compartilhado por meio de análises, decisões e avaliações coletivas³¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve por objetivo identificar se as ações desenvolvidas em saúde mental, no contexto da tragédia ocorrida em Santa Maria, significaram a construção de novas perspectivas em saúde mental. Nesse sentido foi possível observar que na situação de catástrofe, experienciado pelos serviços de saúde em especial, as equipes de atenção básica passam a ressignificar a saúde mental e refletem sobre o modo de pensar e fazer cuidado em saúde mental. Apesar disso, foi possível observar que a Atenção Básica permanece atuando de forma tradicional e fragmentada não assumindo para si os cuidados em saúde mental, reproduzindo assim lógica do encaminhamento, pois, consideram que toda a demanda de saúde mental deve ser abordada a partir de conhecimentos especializados.

Com o advento da tragédia ações de apoio matricial passaram a ser desenvolvidas potencializando ações articuladas entre a atenção básica e serviços especializados. Isso

promoveu uma atuação mais integral e menos fragmentada. Sendo que essa interlocução entre os Centros de Atenção Psicossocial e Atenção Básica foi viabilizada diante do suporte da PNH e, a presença permanente na implementação e condução das ações de apoio matricial que se tornaram possíveis graças a participação de residentes de um Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria. Entretanto, foi possível analisar que a forma convencional como os serviços de saúde estão organizados revela dificuldades de comunicação entre serviços, o que tem dificultado a construção de práticas intersetoriais que viabilizem um cuidado em saúde integral.

Nessa conjuntura de catástrofe, destaca-se a atuação de um grupo de apoio especializado que viabilizou a introdução do cuidado em saúde mental na rede de saúde. Este grupo, intitulado Grupo de Trabalho Atenção Básica e Redes (GTABR), promoveu a organização da rede de atenção psicossocial, como dispositivo da PNH. No pós-tragédia um documento denominado de "Termo de Compromisso" ajustado entre União, Estado e Município que prevê a organização dos processos de trabalho o que envolve um período mínimo de cinco anos de intervenção específica explicitando em suas prerrogativas a cerca do Atendimento Psicossocial: ampliação e qualificação de ações e serviços da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica no Município. Todavia, apesar das equipes de atenção básica terem revelado considerar importante as ações do Grupo de Trabalho relataram que, essas foram mais intensas no período de crise tendo, esvaziado suas ações no pós-tragédia.

Por conseguinte, enquanto pesquisadores e residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental que integrou as ações de apoio matricial em saúde mental na rede através do GTABR, este trabalho oportunizou compreender a

importância da formação profissional proporcionando uma perspectiva mais integral da atenção. Ainda, analisou-se que tais programas exercem uma função primordial na organização da rede ao discutirem práticas já instituídas e incitarem profissionais à produção de novos modelos em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Puel E, Thomé JT, Feuser Z. (Orgs.). 2008. *Depois das chuvas...O olhar do cuidado sobre o Vale do Itajaí: coletânea de artigos sobre vivências de profissionais que atuaram no trabalho de reconstrução*. Secretaria de Estado da Saúde- Florianópolis: Gerência de Coordenação da Atenção Básica, 2012.

2. *Intervenção em situações limite desestabilizadora: crises e traumas*/editores:

José T. Thomé e Moty Benyakar; organizadores: Ively H. Taralli e José T. Thomé. – Rio de Janeiro: ABP Ed. 2009:272.

3. ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. SSP – Polícia Civil, Departamento de Polícia do Interior, 1ª Delegacia de Polícia de Santa Maria - RS. **Relatório Final ao Meritíssimo**

Juiz de Direito (1ª Vara Criminal do Fórum de Santa Maria-RS), sob o nº. 94/2013/15050, 2013.

4. MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA. *Boletim de Atenção Psicossocial*, 2013.

5. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(2):399-407.

6. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

7. TANAKA, Oswaldo Yoshimi; Ribeiro, Edith Lauridsen. *Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção*. Ciência & Saúde Coletiva, V.14, n.2, Abr. 2009.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora)... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011

9. Thomé JT. *Intervenção em desastres e catástrofes no contexto da saúde mental: cartilha de capacitação do estado de Santa Catarina em parceria com a Associação Brasileira de Psiquiatria-ABP*. Florianópolis; 2009.

10. _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS** - material de apoio. 3. ed. Brasília, 2006b.

11. MARTINS, P.; FONTES, B. *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. Recife: Editora *Universitária da UFPE*, 2004.

12. FONTES, B. A. S. M.; EICHNER, K. *A formação do capital social em uma comunidade de baixa renda*. *REDES Rev. Hispana Análisis Redes Sociales*, v. 7, n. 2, nov. 2004.

13. MOLINA, J. L. *El estudio de las redes personales: contribuciones, métodos y perspectivas*. *Empiria*, v. 10, p. 71-106, Jul.-Dic. 2005. Disponível em:
<http://seneca.uab.es/antropologia/jlm/>

14. _____ BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

15. MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

16. GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 175p.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 196/96, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 201, 16 Out. 1996.
18. BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 292 p.
19. _____BRASIL. Lei n °10.216, de seis 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. Brasília, DF.
20. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 175p. : il. (Cadernos de Atenção Básica n.34).
21. Romagnoli, R. C. Dezembro, 2006. *A Formação dos Psicólogos e a Saúde Pública. Pesquisas e Práticas Psicossociais* [online], v. 1, n. 2, São João Delrei. Disponível em www.ufsj.edu.br/portalarquivo/File/revistalapip/RobertaRomagnoli.pdf.

22. _____. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder executivo, Brasília, DF, 30 dez.2011.

23. AMARANTE, P.D. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Temas em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007:97

24. TÓFOLI, L.F; FORTES, S. *Apoio Matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência*. Sonare, Sobral, V.6, n.2, Julh /dez 2005/2007.

25. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

26. CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. *Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família*. Saúde Soc. V. 19, n. 4, 2010.

27. CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde*. Saúde Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 4, Dec. 2011.

28. FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. *Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado*. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

29. Peduzzi, Marina. *Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia*. *Rev. Saúde Pública*, 2001, p.103-109.

30. Termo De Compromisso. [Celebrado entre Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, Secretaria Municipal de saúde de Porto Alegre, Secretaria de Saúde e de Gestão e Modernização Administrativa do Município de Santa Maria e Universidade Federal de Santa Maria/Hospital Universitário de Santa Maria]. *Diário Oficial da União*.POA 2013.22 fev.

31. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – 1. ed. 2 reimpr-Brasília: Ministério da Saúde,2012.