



POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL RS



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

**POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Porto Alegre, novembro de 2014.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. – Departamento de Ações em Saúde -POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL. Comissão de elaboração: Coordenação estadual de Saúde Mental. Comissão de Discussão: Comissão de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde RS. PORTO ALEGRE: Secretaria Estadual da Saúde RS, NOV. 2014.

Sumário

Sumário.....	4
1.PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	5
2. GESTÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL NO RS.....	7
2.1 Regionalização da Atenção Psicossocial.....	7
2.2 Financiamento da Rede de Atenção Psicossocial no RS.....	8
2.3 Normatizações técnicas.....	10
2.4 Apoio Institucional Georreferenciado.....	10
2.4 Educação Permanente.....	10
3. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	11
3.1.1 Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).....	12
3.1.2 Oficinas Terapêuticas	12
.....	13
3.1.4 Composições de Redução de Danos.....	13
3.1.5 Consultório na Rua.....	14
3.2.1 Serviços Residenciais terapêuticos (SRT)	17
3.2.2 Programa De Volta para Casa.....	17
3.2.3 Hospital Psiquiátrico São Pedro.....	18
3.3 COMPONENTE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA.....	19
3.3.1 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS	19
3.4 COMPONENTE ATENÇÃO HOSPITALAR.....	20
3.5.2 Comunidades Terapêuticas	21
3.6 COMPONENTE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	22
4. INTERSETORIALIDADE E TRANSVERSALIDADES.....	22
4.1 Transversalidade com Políticas Específicas.....	23
4.2 Atenção Psicossocial em situações de Desastres e Incidentes Críticos.....	23
4.3 Prevenção e agravos de notificação.....	24
4.4 Ações intersetoriais de interface cultural, artística e de lazer como estratégia de desinstitucionalização.....	25
5. PROTAGONISMO, AUTONOMIA E DIREITOS DOS USUÁRIOS.....	26
5.1 Gestão Autônoma da Medicação (GAM).....	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
ANEXOS.....	30

A *Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Rio Grande do*

Sul é resultante da construção entre trabalhadores da Secretaria Estadual da Saúde, do Ministério da Saúde e de

representantes dos municípios, conjuntamente com o Controle Social, através da Comissão de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde.

Constitui um conjunto de princípios, diretrizes, estratégias e ações consonantes às legislações do SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, apresentados em cinco grandes blocos temáticos: 1) Princípios e Diretrizes; 2) Gestão da Política; 3) Rede de Atenção Psicossocial; 4) Intersetorialidade e Transversalidades; e 5) Autonomia e Direitos dos Usuários.

É o documento norteador das práticas de cuidado em saúde mental álcool e outras drogas no SUS no Estado do Rio Grande do Sul, fornecendo as bases para o financiamento de ações e serviços de saúde mental em todos os níveis de atenção, para a articulação da rede de saúde e intersetorial e para o fortalecimento do cuidado territorial com apoio institucional gerorreferenciado às equipes de saúde.

São elencados neste documento os tipos de serviços e ações em todos os componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), colocando-se a ênfase sobre os modos de produzir e garantir o cuidado em liberdade, ao situar a desinstitucionalização e a redução de danos como princípios éticos e estratégias de promoção de cuidado, de autonomia e protagonismo dos usuários com respeito aos direitos humanos.

Dessa forma, trata-se de documento ético-técnico-político que deve operar como instrumento chave para a organização da gestão do cuidado e dos processos de trabalho e de controle social no SUS, balizando a formação e capacitação dos profissionais da rede em todo o território gaúcho.

1. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas tem como marco legal a Lei Estadual 9.716/1992 e a Lei Federal 10.216/2001, que instituem a reorientação do modelo de atenção em saúde mental. O modelo de atenção em saúde mental foi historicamente centrado em instituições psiquiátricas hospitalares, produtor de rompimento de laços sociais e familiares e cerceador da autonomia dos usuários. – na direção da construção de uma rede territorial e intersetorial, composta por equipamentos

distintos e com funções específicas, que visam à garantia do cuidado em liberdade com cidadania.

A necessidade de reorientação do modelo de atenção em saúde mental foi reconhecida na Declaração de Caracas (1990) e pela Organização Mundial de Saúde (2000) nos leva à construção de uma rede territorial de cuidado, inserida na comunidade, composta por diversos equipamentos que visam à garantia da atenção em saúde mental em liberdade, posto que a sustentação dos vínculos familiares, afetivos e sociais são indicadores de produção da vida e portanto de saúde.

São princípios fundamentais da Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas:

- Direito à atenção integral e em liberdade, com equidade e universalidade do acesso;
- Atenção à saúde centrada na necessidade do usuário, levando em conta seu contexto social e modo de vida, para além do foco na remissão dos sintomas;
- Promoção da cidadania e da participação social, com garantia dos direitos humanos;
- Desinstitucionalização e a reinserção social dos usuários na comunidade.
- Redução de danos como ética e estratégia de cuidado a pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas;
- Garantia do acesso ao cuidado a populações específicas,

São diretrizes norteadoras da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas:

- Constituição de uma rede de atenção psicossocial sólida, com diferentes equipamentos com funções distintas, que efetivem processos de cuidado com acolhimento, vínculo, corresponsabilização e acompanhamento longitudinal;
- Atenção ofertada nas regiões de saúde, de forma articulada em rede e em linha de cuidado, a partir dos possíveis itinerários singulares de cuidado constituídos nos territórios de vida das pessoas.
- Superação do modelo centrado no hospital e na doença, que reproduz um ciclo de internações sucessivas (hospital como porta giratória), buscando promover o vínculo com equipe de referência e o acompanhamento territorial no retorno à comunidade;

- Apoio institucional e educação permanente como ferramentas de qualificação da Rede de Atenção Psicossocial nas regiões de saúde.

2. GESTÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL NO RS

2.1 Regionalização da Atenção Psicossocial

Seguindo os parâmetros regulamentados pelo Decreto Federal 7508 de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização, o planejamento, a assistência e a articulação interfederativa, a organização da atenção psicossocial nos territórios deve ofertar dentro de um conjunto de municípios próximos entre si e com familiaridades culturais um elenco de ações e serviços em todos os níveis da atenção. Assim, neste decreto, entre outras questões, são definidas as Regiões de Saúde, as Portas de Entrada, que incluem a Atenção Psicossocial, e as Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011).

No Rio Grande do Sul, foram definidas trinta (30) regiões de saúde, localizadas em sete (7) macrorregiões (Metropolitana, Vales, Serra, Missioneira, Norte, Centro Oeste e Sul), sob a gestão regional das dezenove (19) Coordenadorias Regionais de Saúde. As regiões de saúde e macrorregiões são divisões territoriais, as Coordenadorias de Saúde são divisões administrativas, compostas por equipes responsáveis por disparar, acompanhar e monitorar os processos de ampliação, organização e fortalecimento da Rede de Atenção em Saúde (RAS), incluindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado conforme a Portaria MS/GM N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Especificamente, no que tange à área de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, o Ministério da Saúde publicou em 23 de dezembro de 2011, a Portaria 3.088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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. Além da definição de pontos de atenção para cada componente da rede de atenção psicossocial, também são definidas diretrizes para a operacionalização da implantação da rede.

Cada região de saúde precisa garantir os fluxos assistenciais seguros e ágeis ao usuário, a fim de atender as suas necessidades de saúde, mediante a organização de linhas de cuidado. Articular os pontos da rede em linha de cuidado tem exatamente o objetivo de facilitar o acesso, assegurando a continuidade da atenção. Linha de Cuidado é a imagem pensada para expressar o itinerário que o usuário faz dentro de uma rede de saúde, incluindo segmentos de outras redes setoriais e territoriais, tais como as redes de assistência social, educação, comunitária ou mesmo a rede afetiva do usuário.

Uma rede que opera desde a perspectiva de Linha de Cuidado não se restringe aos processos de referência e contrarreferência, apesar de incluí-los também. Não funciona apenas com protocolos estabelecidos, mas pelo reconhecimento de que, no cotidiano de trabalho, afinal, sempre estamos repactuando fluxos com os atores da rede e reorganizando processos de trabalho, a fim de garantir o acesso do usuário ao cuidado que ele necessita. Portanto, a Linha de Cuidado é uma ferramenta que contribui para a organização de uma rede resolutiva, já que a existência de um conjunto de serviços de saúde, por si só, não garante o acesso e o cuidado integral.

O objetivo da Linha de Cuidado é o de promover saúde a partir da realidade, contexto e situação singular, mediante a construção de um Projeto Terapêutico. Acolhimento, vínculo e responsabilização são estruturantes de uma linha de cuidado integral: o cuidado integral depende do ato acolhedor diante do problema trazido pelo usuário, da presença e disponibilidade do profissional ao vínculo a partir do que for possível para cada pessoa atendida e da responsabilização pelo acompanhamento contínuo ao longo do seu caminhar na rede.

Uma linha de cuidado é organizada a partir da necessidade dos usuários e não da oferta de serviços e implica três níveis de pactuação: entre gestores (município, região, serviços, Conselho Municipal de Saúde), com os trabalhadores dos diferentes pontos de atenção e com o usuário e seus familiares.

2.2 Financiamento da Rede de Atenção Psicossocial no RS

Considerando as características loco regionais do estado em termos do perfil da rede de serviços instalada, dos processos de trabalho instituídos nesta e da realidade demográfica dos municípios e regiões, o processo de ampliação da Rede de Atenção Psicossocial, no Rio Grande do Sul, guarda certas especificidades em relação ao proposto pela Portaria GM/MS 3088/2011, que institui a RAPS a nível nacional. No que se

refere à realidade demográfica, o Rio Grande do Sul é constituído por uma grande maioria de municípios de pequeno porte. Dos 497 municípios, X% têm menos de 15 mil habitantes, não atendendo os critérios populacionais para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial.

Em relação ao perfil da rede instalada, observa-se, de 2004 a 2010, uma expansão dos dispositivos de internação – leitos psiquiátricos e leitos para dependentes de álcool e drogas em hospitais gerais e vagas em Comunidades Terapêuticas – estimulada pelo grande volume de recursos do tesouro do estado destinados ao custeio destes equipamentos e não acompanhada do fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos. Como consequência, os processos de cuidado instituídos na rede são caracterizados por dificuldades de inserção do cuidado em saúde mental na atenção básica, fragilização da Redução de Danos como ética e estratégia de cuidado a usuários de álcool e outras drogas e manutenção da centralidade da internação como oferta de atenção em saúde mental.

Tendo em conta esta realidade, de 2011 a 2014, o financiamento da RAPS no RS, em complementação ao financiamento federal, instituiu uma série de incentivos financeiros para preencher os vazios assistenciais e redirecionar o modelo de atenção em cada região de saúde. O ordenamento do financiamento da Rede de Atenção Psicossocial no Rio Grande do Sul redireciona os recursos do tesouro do Estado para a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial em torno dos seguintes eixos de estratégicos:

- Linha de cuidado como forma de organização da atenção territorial em rede;
- Fortalecimento da Atenção Básica para o cuidado em saúde mental;
- Ampliação e qualificação da Atenção Psicossocial Especializada;
- Qualificação do componente Atenção Hospitalar na lógica do cuidado em rede;
- Ampliação do componente Moradia Transitória a partir da implantação das Unidades de Acolhimento e do monitoramento das Comunidades Terapêuticas contratualizadas;
- Fortalecimento das Estratégias de Desinstitucionalização.

Desse modo, o financiamento da RAPS no RS destina de recursos do tesouro estadual para implantação de alguns dispositivos de cuidado em saúde mental, territoriais e adaptados às necessidades loco regionais do estado, os quais se mantêm

exclusivamente com custeio estadual. São dispositivos exclusivos da RAPS no RS, no componente Atenção Básica, os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB), as Oficinas Terapêuticas (OT) e as Composições de Redução de Danos (RD); e no componente Desinstitucionalização, os Acompanhantes Terapêuticos (AT). Além disso, destina-se cofinanciamento estadual para alguns componentes da RAPS, estabelecidos pela Portaria 3088/2011, a saber, os CAPS, as UA e UAi, os SRT e os leitos de saúde mental em HG.

2.3 Normatizações técnicas

Foram criadas Notas Técnicas, Resoluções CIB e Portarias SES que orientam a organização da Rede de Atenção Psicossocial e o funcionamento dos pontos de atenção desta rede no Rio Grande do Sul, bem como regulam o acesso aos financiamentos de incentivos estaduais. Tais normatizações são apresentadas no quadro sistemático em anexo a este documento.

2.4 Apoio Institucional Georreferenciado

O Apoio Institucional Georreferenciado consiste no acompanhamento sistemático e presencial por parte dos gestores estaduais da Política Estadual de Saúde Mental aos gestores regionais e municipais para a ampliação e qualificação da atenção psicossocial no RS. A Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas tem representação em cada um dos grupos macrorregionais, quais sejam: 1) Macro Metropolitana; 2) Macro Norte; 3) Macro Vales e Macro Serra; 4) Macro Missioneira e 5) Macro Centro-Oeste e Macro Sul. Trata-se, em cada uma das Macrorregiões, com o objetivo de identificar os vazios assistenciais em todos os níveis da atenção e de fomentar a ampliação da rede via implantação dos pontos de atenção que compõe a RAPS.

ar as experiências da equipe, na construção da responsabilização por aquilo que está na sua governabilidade, evitando processos de culpabilização e de produção da impotência e estimulando ações inovadoras. Pressupõe o planejamento, a avaliação constante e agendas de educação permanente com vistas ao desenvolvimento de estratégias gerenciais, pedagógicas e matriciais.

2.4 Educação Permanente

A Educação Permanente em Saúde é uma importante estratégia para provocar mudanças na micropolítica do trabalho, através das aprendizagens significativas, ou seja, daquelas que façam sentido para o trabalhador a partir da análise dos problemas presentes no cotidiano do trabalho em equipe.

Os processos de educação permanente na RAPS do RS são construídos em parceria com a Escola de Saúde Pública – ESP –, a Rede Multicêntrica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – e outras universidades que se constituem como referências das Comissões de Ensino e Serviço das Coordenadorias Regionais de Saúde.

As ações de educação permanente em saúde mental, álcool e outras drogas podem ser seminários, encontros temáticos, cursos, oficinas, rodas de conversa, fóruns de saúde mental, reuniões de grupos condutores, reuniões de rede, reuniões de pactuação de fluxos, reuniões de equipe, interconsultas entre outras ações que convoquem as equipes a reverem seus modos de trabalhar e de ofertar cuidado.

3. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os pontos de atenção que compõem a RAPS no RS são:

Componente Atenção Básica: as Equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF), as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as Oficinas Terapêuticas (OT), Acompanhamentos Terapêuticos (AT), os Consultórios na Rua e as Composições de Redução de Danos (RD).

Componente Atenção Psicossocial Especializada: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Componente Atenção Hospitalar: Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental em Hospital Geral (HG).

Componente Moradia Transitória: Unidades de Acolhimento adulto e infanto-juvenil (UA e UAi) e as vagas contratualizadas em Comunidades Terapêuticas (CT).

Componente Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Programa De Volta pra Casa.

Componente Urgência e Emergência: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e demais Pronto Atendimentos e Emergências de Hospitais Gerais.

Assim, uma ampla Rede de Atenção é composta por diversos equipamentos de cuidado, que visam à garantia da atenção no território. A seguir serão apresentados os pontos de atenção da RAPS do RS, em cada componente.

3.1 COMPONENTE ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica é um componente privilegiado da rede de saúde por situar-se próximo à moradia das pessoas e da realidade em que elas vivem. Espera-se que a atenção básica possa resolver a maior parte dos problemas de saúde de uma população, incluindo as demandas de saúde mental. Segundo a Organização Mundial da Saúde, 80% dos problemas de saúde podem ser resolvidos na atenção básica. Para que a atenção básica possa ser resolutiva no cuidado em saúde mental, há equipamentos direcionados a apoiá-la, tais como:

3.1.1 Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Criado através da Resolução nº 403/11, aprovada na CIB em 26 de outubro de 2011, o NAAB é fruto de uma construção coletiva que envolveu as diversas políticas do Departamento de Ações em Saúde. Surge da necessidade de incentivar ações de saúde mental nos municípios de pequeno porte (de até 16 mil habitantes), que somam 80% dos municípios gaúchos e que possuem de 0 a 3 Estratégias de Saúde da Família implantadas. É constituído por uma equipe multiprofissional de três apoiadores, que tem como objetivo inserir o cuidado em saúde mental na atenção básica, diversificando os modos de cuidar. Sua função é matriciar as equipes das Unidades Básicas de Saúde ou Estratégias de Saúde da Família, na lógica do NASF (Portarias GM/MS 3124/2012 e 548/2013), porém com foco nas demandas de saúde mental. O apoio matricial se faz através da discussão de casos, de ações de educação permanente e do desenvolvimento de ações conjuntas de cuidado no território. Diversas são as ações que podem ser desenvolvidas e que apresentam importantes resultados no cuidado em saúde mental, como: atendimentos individuais e em grupo, atividades comunitárias, visitas domiciliares, entre outras.

3.1.2 Oficinas Terapêuticas

Foram criadas a partir da Resolução CIB/RS 404/2011. Trata-se de espaços semanais de práticas coletivas que envolvem atividades de interesse da comunidade e que têm como objetivo fortalecer os espaços comunitários de convivência, de promoção de saúde mental e de produção de redes de solidariedade. Realizadas nas Unidades Básicas de Saúde ou em espaços comunitários, as oficinas terapêuticas são espaços de práticas relacionadas, por exemplo, à música, teatro, artesanato, carpintaria, costura, cerâmica, fotografia, artes plásticas, entre outras.

As Oficinas Terapêuticas podem ser do tipo I, para municípios que possuem CAPS ou Ambulatório de Saúde Mental, ou do tipo II, para municípios de até 20 mil habitantes e que não possuem CAPS.

3.1.3 Acompanhamento Terapêutico (AT)

Criado através da Resolução CIB/RS nº 233/2014, que destina recursos estaduais de custeio para a contratação de profissionais acompanhantes terapêuticos, que se vincularão a equipes de atenção básica. Trata-se de uma estratégia de trabalho clínico que visa à promoção da autonomia e à reinserção social por meio da ampliação da circulação e da apropriação de espaços públicos e privados, sendo um importante recurso para o trabalho de desinstitucionalização, assim como para evitar a institucionalização em muitos casos. É indicado para aqueles que se encontram em situação de sofrimento psíquico intenso, pessoas com transtornos mentais, deficiência mental ou física, com problemas relacionados ao uso de drogas, crianças e adolescentes com dificuldades no processo de escolarização e idosos no enfrentamento de questões decorrentes do envelhecimento. É voltado a pessoas com baixa autonomia, por vezes, em condição de isolamento e com grandes dificuldades para conduzir sua vida e seus projetos.

É indicado que o SUS promova ações de Educação Permanente na lógica da Reforma Psiquiátrica para compor a prática do AT.

3.1.4 Composições de Redução de Danos

A Política de Redução de Danos no RS foi aprovada no Conselho Estadual de Saúde através da Resolução CES nº 18/2014. Neste sentido, deve integrar os processos de trabalho de todos os dispositivos de atenção de Saúde Mental no Estado.

Criadas a partir da Resolução CIB/RS nº 038/2012, que após foi substituída pela Resolução CIB/RS nº 234/2014. São equipes para municípios acima de 16 mil habitantes, que atuam na comunidade com o objetivo de aproximar-se da experiência do uso de drogas, conhecê-la e construir com os usuários estratégias de cuidado a partir do que é demanda para cada um, sem adotar posturas moralistas. Implica a constituição de Projetos Terapêuticos Singulares, ao considerar como as pessoas acessadas compõem suas próprias estratégias de autocuidado. As abordagens nas cenas de uso costumam ocorrer em dupla de trabalhadores e em horários pautados de acordo com o fluxo de pessoas nas cenas de uso, geralmente noturnos, partindo-se da avaliação sobre a dinâmica do território.

As equipes de Redução de Danos também têm como função ofertar apoio matricial para a rede de cuidado intersetorial no que diz respeito ao cuidado a pessoas que usam álcool e outras drogas. Além disso, por estar vinculada à Atenção Básica, também tem servido como um dispositivo importante para ampliar as possibilidades de acolhimento na atenção básica no que se refere ao cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas, envolvendo os trabalhadores do território, como os agentes comunitários de saúde, no trabalho de campo nas cenas de uso de drogas, com o objetivo de ampliar as possibilidades de cuidado a partir da promoção de saúde.

As Composições de Redução de Danos poderão ser compostas de duas formas:

- Modalidade 1 – Composição de Equipe de Redução de Danos – composta pelo mínimo de 03 (três) trabalhadores, sendo que 02 (dois) devem ser Agentes Redutores de Danos ou seu equivalente (conforme a legislação municipal para criação do cargo de redutor de danos nos municípios) e 01 (um) trabalhador da rede de saúde ou intersetorial municipal, com, no mínimo, Ensino Médio completo.
- Modalidade 2 – Composição Intersetorial de Redução de Danos – composta pelo mínimo de 03 (três) trabalhadores da rede intersetorial municipal, com Ensino Médio completo, podendo ser de diferentes serviços/setores da rede, como: Unidades Básicas de Saúde, Estratégias de Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializada em Assistência

Social (CREAS), Hospitais Gerais, equipamentos da rede de Educação e/ou outras equipes da rede intersetorial.

3.1.5 Consultório na Rua

É uma equipe de saúde de atenção básica, específica para populações em situação de rua, criada pela Portaria GM/MS. O Consultório na Rua busca, através do vínculo com as pessoas, auxiliar na melhoria das condições de saúde e propiciar o acesso ao cuidado em saúde, trabalhando na perspectiva da Redução de Danos com as pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas.

3.2 COMPONENTE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Atende ao disposto na Lei Federal n.10.216/ 2001 que determina que “os pacientes longamente internados ou para os quais se caracteriza a situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida”. Estima-se que no Estado existam cerca de 1068 (Fonte : SES/SM, novembro de 2014) usuários com transtornos mentais institucionalizados com tempo de permanência de 2 anos contínuos, em hospitais psiquiátricos, no Instituto Psiquiátrico Forense (hospital de custódia e tratamento para usuários que cometeram delito e cumprem medida de segurança) e casas privadas asilares. As casas privadas asilares são assim caracterizadas por funcionarem na lógica do confinamento e isolamento social e violarem os seguintes princípios da Lei Federal n.10216/2011 como:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

XI- O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3o É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2o e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2o.

Várias destas instituições tem sido objeto de intervenção do Ministério Público Estadual, com o apoio técnico e financeiro da Secretaria Estadual de Saúde devido não só às inadequações estruturais e de cuidado ao usuário, mas sobretudo as violações de direitos humanos.

Assim, as Casas Asilares privadas devem se adequar à legislação vigente do SUS para Serviços Residenciais Terapêuticos, e do SUAS para ILPI – Instituições de Longa Permanência para Idosos – ou Residências Inclusivas. Devem definir seu perfil assistencial, de atendimento a pessoas com transtornos mentais, idosos, e pessoas com deficiência.

Em 2004 foi instituído o “Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no SUS” (PT GM/MS nº 52/2004) ancorado na avaliação permanente da qualidade da atenção hospitalar através do PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/ Psiquiatria (PT GM/MS nº 251/2002) e acompanhada de alternativas de atenção no modelo comunitários das SRT. Objetivando operacionalização da estratégia de desinstitucionalização e redução progressiva dos leitos, os hospitais psiquiátricos foram agrupados segundo o porte e com prioridades na redução dos hospitais com mais de 160 leitos. Da mesma forma, a recomposição das diárias hospitalares foi um instrumento da política de redução dos leitos e qualificação do atendimento. A estratégia leva em conta que os recursos financeiros que deixarem de ser utilizados no componente hospitalar será direcionado às ações territoriais de saúde mental, como os CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos, Atenção Básica e outros (Nota Técnica, CONASS, 2013).

No período de janeiro à março de 2013 foi realizado pela Secretaria Estadual de Saúde o PNASH nos 6 hospitais do Estado, aguardando a divulgação dos resultados pelo Ministério da Saúde.

Para enfrentar o desafio da desinstitucionalização, o Estado tem promovido alguns incentivos financeiros e apoio técnico para ampliação e intensificação deste processo através da implantação de equipes de desinstitucionalização para atuarem em municípios prioritários que apresentam instituições com pacientes de longa permanência.

São diretrizes dos municípios para promoção de ações de desinstitucionalização :

A) Promover censo clínico- e psicossocial dos pacientes de longa permanência/ moradores, visando levantar sua história e vínculos afetivos, identificando:

- município de origem/ procedência ;
- localização de familiares e recomposição dos vínculos,
- levantamento de documentação, situação jurídica e de garantia de direitos e promoção da cidadania .

B) Elaboração de Projeto Terapêutico Singular que consiste num conjunto de propostas e condutas terapêuticas e intersetoriais articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe multidisciplinar, que visam a criação de estratégias de organização do cotidiano na produção de vida de pessoas acometidas por sofrimento e transtornos mentais.

3.2.1 Serviços Residenciais terapêuticos (SRT)

Os SRT possuem recursos de implantação e custeio federal através das Portarias MS nº 106/2000 e 3090/2011 e de custeio estadual, através da Resolução 242/2012. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade, destinadas a pessoas egressas de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia bem como para pessoas que perderam vínculos, possuem alto grau de dependência e para as quais não foi possível articular outras formas de moradia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate da cidadania do sujeito, promovendo os laços

afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a construção ou reconstrução das referências familiares ou afetivas, podendo exercer função transitória dentro de um Projeto Terapêutico de retomada de vínculos sociais e familiares.

3.2.2 Programa De Volta para Casa

O Programa "De Volta para Casa", criado pelo Ministério da Saúde, através da Lei Federal 10.708 de 31 de julho de 2003, vem realizar a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica (dois anos ou mais de internação). Os beneficiários recebem um recurso mensal de caráter indenizatório por terem sido submetidos a tratamentos aviltantes e privados de seus direitos básicos de cidadania durante as internações psiquiátricas de longa permanência.

Os planos terapêuticos singulares construídos na ocasião dos processos de desinstitucionalização podem contemplar diferentes formas de moradia para os usuários após sua saída das instituições psiquiátricas asilares. A articulação intersetorial se torna fundamental neste momento, para que se criem alternativas de produção de rede de apoio social e afetiva, com possibilidade de moradia junto a familiares ou amigos, bem como de acesso a políticas públicas de habitação, para além do ingresso nos Serviços Residenciais Terapêuticos, como acesso a aluguel social ou programas de financiamento habitacional para populações de baixa renda.

3.2.3 Hospital Psiquiátrico São Pedro

Em consonância com a Lei Estadual RS nº 9716, que propõe a criação de uma rede substitutiva de serviços para atenção integral em saúde mental, e proíbe a institucionalização de pessoas em instituições asilares de longa permanência, a Política Estadual deve trabalhar na prerrogativa de reorganização do perfil assistencial dos hospitais psiquiátricos existentes no estado.

Em relação ao Hospital Psiquiátrico São Pedro, único hospital público de gestão estadual, este está dividido em duas áreas: área de moradia e área hospitalar. Em relação à primeira, ainda existem pessoas institucionalizadas, que mobilizam o Estado a promover

outras formas de morar em conjunto com os municípios para que estas pessoas possam ser reincluídas na sociedade, com cuidado singularizado, em liberdade e acompanhadas por serviços da rede de atenção integral em saúde mental.

Em relação à área hospitalar, gradativamente o perfil assistencial deverá ser modificado. Este é um processo que deverá contemplar um planejamento de adequação com diferentes áreas da Secretaria Estadual da Saúde em conjunto com o controle social.

As ações para o trabalho no hospital incluem a construção dos planos terapêuticos singulares, aquecimento e articulação da rede municipal; regulação do acesso; trabalho de avaliação e monitoramento dos municípios que mais internam no HPSP; e acompanhamento dos usuários desinstitucionalizados nos serviços residenciais terapêuticos.

3.3 COMPONENTE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA

3.3.1 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

São dispositivos de base comunitária, cujo processo de trabalho precisa ser caracterizado por plasticidade suficiente para se adequar tanto às necessidades das pessoas em sofrimento psíquico grave, relacionado ou não ao uso de álcool e outras drogas, quanto às de seus familiares. Os CAPS, em suas diferentes modalidades são os pontos de referência estratégicos no desenvolvimento de projetos de cuidado e proteção para usuários e familiares nos momentos mais intensos do sofrimento. São de sua responsabilidade a atenção à crise, o acompanhamento longitudinal a partir de planos terapêuticos singulares de reabilitação psicossocial, o apoio matricial em saúde mental para os demais pontos da rede na direção do compartilhamento do cuidado e a transferência do cuidado dos usuários que não demandem cuidado intensivo para a atenção básica. Na atenção psicossocial especializada, os dispositivos grupais, as ações comunitárias intersetoriais, os acompanhamentos domiciliares e o acolhimento noturno (no caso dos CAPS III e ad III 24h) são potentes estratégias de cuidado no contexto das situações de saúde mental e do uso problemático de drogas (BRASIL, 2011b e 2012a).

A expansão e qualificação do componente da Atenção Psicossocial Especializada, conforme referido anteriormente, é prioridade no Plano Estadual da RAPS-RS, portanto foram criados incentivos Estaduais de custeio para manutenção dos CAPS durante o período de habilitação, até que se inicie o custeio Federal, proporcionando assim sua

imediate implantação (Resolução CIB/RS nº 401/2011). São incentivadas ainda a implantação de CAPS 24h e de terceiro turno em todas as modalidades de CAPS dia (Resolução CIB 242/12). Além disso, criou-se através da Resolução CIB 100/2014, incentivos estaduais de custeio de CAPS habilitados, em complementação ao custeio federal.

3.4 COMPONENTE ATENÇÃO HOSPITALAR

3.4.1 Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

Há recursos Estaduais (Resolução CIB/RS nº 562/2012) e Federais (Portaria MS/GM nº 148/2012) para a utilização de leitos de saúde mental em hospitais gerais. A internação constitui-se como recurso a ser utilizado quando outras alternativas da rede de cuidados mostrarem-se insuficientes. Sua indicação terapêutica precisa ser fruto da devida avaliação pela equipe de saúde de referência do usuário acompanhado. Do ponto de vista técnico, esta opção deve ser considerada em momento de crise aguda e de necessária proteção à vida (Lei Estadual 9.716/92 e Lei Federal 10.216/2001). Nestes casos, a internação deve ocorrer em Hospitais Gerais e pelo menor tempo possível.

O cuidado hospitalar deve ser articulado com os demais pontos da rede de saúde, de modo que se garanta a continuidade do acompanhamento extra-hospitalar após a internação e que evite outras internações. O circuito de sucessivas internações que alguns usuários vivenciam por não encontrar apoio na rede territorial, produz agravamento da situação, perda de autonomia e cronificação dos sintomas. A Secretaria Estadual da Saúde tem como responsabilidade de acordo com a Portaria MS/GM nº 2391/2002 a criação da Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, com a participação de integrante designado pelo Ministério Público Estadual, que fará o acompanhamento dessas internações.

A regulação do acesso às internações no RS está atrelada ao trabalho de Regulação das Centrais de Regulação Estadual e Municipais, onde houver, bem como às Coordenadorias Regionais de Saúde onde se faça regulação. As referências de locais para internação seguem os critérios das Resoluções das CIR - Comissões Intergestores Regionais e da CIB - Comissão Intergestores Bipartite, priorizando a regionalização do acesso.

3.5 COMPONENTE ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

3.5.1 Unidades de Acolhimento (UA)

As UAs recebem recursos federais (Portaria GM/MS 121/2011) e recebem complementação estadual de custeio (Resolução CIB/RS nº 242/2013). São locais de moradia transitória, com funcionamento 24 horas, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em situação de grande vulnerabilidade social, que necessitam de uma residência alternativa por um período de tempo de até seis meses. O ingresso é definido pela equipe do CAPS de referência, conjuntamente com usuário e familiares, a partir de um projeto terapêutico singular. Há Unidades de Acolhimento específicas para crianças e adolescentes de 12 a 18 anos (modalidade infanto-juvenil) e Unidades específicas para adultos.

Tais dispositivos configuram-se como uma alternativa para evitar internações hospitalares de longa permanência. A equipe da UA busca auxiliar o usuário na construção de seu projeto de vida e no acesso aos serviços da rede de saúde e intersetorial (educação, trabalho, assistência social, entre outras) conforme sua necessidade. As Unidades de Acolhimento diferem das comunidades terapêuticas pelo seu caráter público, laico, pela não padronização do acompanhamento e do tempo de permanência do usuário, construindo projetos terapêuticos que possibilitem o cuidado mais adequado às necessidades de cada usuário. Atua de modo articulado com a rede de saúde e intersetorial do seu território evitando a institucionalização e o isolamento social.

3.5.2 Comunidades Terapêuticas

No RS, a Portaria RS nº 591/2013 regulamenta o funcionamento das CTs. Entende-se por Comunidades Terapêuticas (CT) estabelecimentos de interesse da saúde de atenção residencial transitória e de assistência que tem como função a oferta de um ambiente residencial, cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Embora não sejam serviços cadastrados no Cadastro Nacional de

Estabelecimentos de Saúde (CNES), nem serviços indicados pelo Controle Social, são alternativas oferecidas pela sociedade civil e algumas possuem contratos vigentes com o SUS.

Recomenda-se que o cuidado em regime de atenção residencial transitória seja prioritariamente realizado nas Unidades de Acolhimento do SUS, que são dispositivos recentes, em fase de ampliação de cobertura. Neste sentido, as RAPS regionais ainda contam bastante com o recurso do acolhimento voluntário em CTs para o cuidado residencial transitório de usuários de drogas em situação de vulnerabilidades social. Enfatiza-se que a voluntariedade é condição para o ingresso de usuários nas CT.

Não se recomenda a ampliação das vagas em Comunidades Terapêuticas, uma vez que o contingente atual já funciona com sobra de vagas e acaba produzindo distorção da demanda de cuidados, ou seja, são indicados acolhimentos que, com frequência, poderiam ser atendidos a partir de outras estratégias terapêuticas. Ressalta-se ainda que a regulação do acesso a estes equipamentos deve ser de atribuição das Coordenadorias Regionais de Saúde, tanto para as vagas contratualizadas com o Estado, quanto para aquelas contratualizadas com o governo federal – SENAD (acordo de cooperação em elaboração).

3.6 COMPONENTE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Os pontos de atenção do componente Urgência e Emergência da Rede de Atenção Psicossocial incluem SAMU 192, Salas de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, as Unidades Básicas de Saúde, entre outros.

A urgência e emergência em saúde mental se constituem quando se identificam situações que impliquem risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. As situações de crise podem e devem ser acolhidas em diferentes pontos de atenção, não se constituindo somente como situações de urgência e emergência. Para isto é necessário a utilização de protocolos técnicos e a pactuação de fluxos de atenção à crise no território, bem como qualificar intersetorialmente as equipes para o cuidado em saúde mental.

4. INTERSETORIALIDADE E TRANSVERSALIDADES

O diálogo intersetorial emerge como demanda nos processos de trabalho em saúde, como desafio para a consolidação e afirmação do Sistema Único de Saúde em seu caráter universal, equânime e integral. Faz-se necessário o diálogo entre as instituições, em nível de gestão, e entre equipes e serviços, em nível do cuidado territorial.

4.1 Transversalidade com Políticas Específicas

A transversalidade da Saúde Mental com as áreas de Saúde Prisional, Sistema de Atendimento Sócio Educativo, Saúde Indígena, Saúde da População LGBT, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde da População Negra, entre outras políticas específicas deve estar presente em ações de financiamento, matriciamento, planejamento, educação permanente, articulação da rede intersetorial e na execução do cuidado no território, em todos os níveis da atenção, em especial, na Atenção Básica. Estabelecer relações transversais da saúde mental, como área técnica estratégica dentre as políticas públicas de saúde, e outras áreas específicas é fundamental para ampliar o acesso ao cuidado para populações historicamente colocadas à margem das ofertas de atenção psicossocial.

A ênfase no respeito aos direitos humanos e às especificidades culturais das populações específicas atendidas deve pautar toda e qualquer estratégia adotada e ação executada, do contrário a resolutividade e integralidade da atenção ficará comprometida.

4.2 Atenção Psicossocial em situações de Desastres e Incidentes Críticos

Nos últimos anos, as experiências recorrentes de enchentes e outros desastres naturais no Brasil e no mundo, bem como de incidentes críticos como o incêndio na Boate Kiss em Santa Maria demandam das Políticas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas a organização de uma série estratégias e ações contingenciadas para a atenção psicossocial nos territórios de forma imediata à apresentação das situações. A atenção psicossocial através das equipes da RAPS dos municípios deve se fazer presente em situações de incidentes críticos e de desastres naturais, bem como em situações que demandem cuidado da população pela produção de fenômenos de sofrimento coletivo.

As ações de gestão do cuidado em rede nestas situações envolvem articulação dos recursos intersetoriais locais e regionais, a identificação de necessidades da população

atingida, a organização de serviços necessários, de forma imediata, considerando a urgência das necessidades, coordenação de planos de intervenção, o apoio institucional no território para planejamento e continuidade de ações, e suporte técnico aos trabalhadores e gestores locais.

Ressalta-se que é esperado que, em situações que ameaçam nossas vidas, se produzam uma série de reações intensas e diferentes em nossas emoções, pensamentos e conduta. Tais reações não devem ser precocemente classificadas como sintomas ou sinais de psicopatologia.

No que se refere às práticas de atenção psicossocial nestas situações, preconizadas pela OMS e organizações internacionais de experiência neste campo, como Médicos Sem Fronteiras (MSF), é indicado acompanhar e prover necessidades físicas imediatas (lesões, comida, água; assegurar a segurança física das pessoas (conseguir abrigo se necessário); oferecer ajuda prática (por exemplo, transporte para familiares que estão sobrecarregados, proteger e orientar quanto à intrusão da mídia e auxiliar no preenchimento de burocracia); assegurar e estimular que a pessoa vítima de desastre ou incidente crítico faça contato com pessoas que possam ser uma fonte de conforto e apoio (familiares, amigos, comunidade religiosa), facilitando contato com laços afetivamente importantes, próximos ou distantes; informar sobre a normalidade das reações emocionais e físicas imediatas à situações estressoras agudas; acompanhar tomadas de decisão de vida (o que continuar a fazer, esperar, auxiliar a priorizar), garantindo o protagonismo da pessoa em questão; orientar aos indivíduos que vivenciaram a situação estressora que a exposição à mídia (assistir TV, escutar rádio, ler jornal ou mídia social) com notícias do evento pode produzir ou reforçar possível vivência traumática; atentar para as intervenções que visam à produção de narrativas sobre o vivido, restringindo-se somente ao que o indivíduo deseje falar; e, por fim, não sobrecarregar as pessoas com informações.

Sublinha-se a importância de constituir ações em rede intersetorial, de alcance longitudinal, como preconiza o Sistema Único de Saúde, inclusive considerando que é comum durante as primeiras semanas e meses dos eventos uma grande mobilização social e dos órgãos de governo, que frequentemente se enfraquece com a passagem do tempo. O apoio institucional dos técnicos do estado às equipes municipais é uma estratégia fundamental para garantir tal longitudinalidade. As equipes de saúde e intersetoriais locais têm o desafio de potencializar os recursos do território para que os coletivos e comunidades construam também suas formas de enfrentamento do sofrimento e de promoção de saúde.

4.3 Prevenção e agravos de notificação

A prevenção é uma das ações básicas em saúde pública e exige ações de amplitude, articuladas com outros setores da sociedade tanto governamentais quanto não governamentais. O trabalho de notificação é um dos pilares da prevenção, à medida que fornece um mapa dos agravos e situações mais frequentes, bem como sua localização no território.

No campo da saúde mental, a prevenção e a notificação deve seguir os parâmetros do SUS em todos os tipos de serviços, tendo a atenção básica papel fundamental nestes processos. A capilaridade da Rede de Atenção Psicossocial, à medida em que amplia o acesso da população às equipes de saúde antes da instalação dos agravos, potencializa as ações de prevenção e, da mesma forma, cria mais condições para a notificação dos agravos já instalados.

No que diz respeito especificamente ao campo da saúde mental, álcool e outras drogas, entende-se que os temas de violência doméstica, social e institucional e do suicídio são questões prioritárias que devem ser notificadas e registradas junto aos sistemas e órgãos competentes. Os pontos de atenção da RAPS devem trabalhar no sentido da prevenção destas situações, o que se faz, essencialmente, através da promoção de saúde e do acesso aos direitos em conjunto com as políticas públicas.

Dentre os temas da notificação, o tema do suicídio tem recebido destaque nos documentos atuais da Organização Mundial da Saúde, uma vez que tem maior prevalência, internacionalmente, do que as mortes provocadas por conflitos mundiais. No Rio Grande do Sul, o índice de mortes por suicídio tem se mostrado alto em relação às demais regiões do país, demandando da Rede de Atenção Psicossocial intervenções focalizadas de cuidado e prevenção. As ações de matriciamento e de apoio institucional na RAPS devem observar a prevalência e concentração dos agravos de notificação, especialmente do suicídio, para a implementação de ações e estratégias específicas consonantes com as realidades locais socioculturais.

4.4 Ações intersetoriais de interface cultural, artística e de lazer como estratégia de desinstitucionalização

As ações de interface cultural, artística e de lazer nos territórios são importantes estratégias para promoção de inclusão e de reabilitação psicossocial. Preconiza-se a criação e a inclusão de ações de saúde mental em espaços de produção cultural e de lazer nos territórios, para diversificar as possibilidades de convivência comunitária e de exercício da cidadania, promovendo os laços de pertença cultural, as redes de solidariedade locais e desconstruindo estigmas e preconceitos.

4.5 Geração de Renda, Economia Solidária e Inserção no Trabalho

O acesso a oportunidades de trabalho e geração de renda é elemento fundamental para a promoção da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico. A Rede de Atenção Psicossocial tem como grande desafio a articulação intersetorial com as políticas de educação e trabalho para efetivamente ofertarem reabilitação psicossocial. As iniciativas de geração de renda, economia solidária e programas de inserção no trabalho formal devem ser mapeadas pelas equipes de saúde e elencadas como possibilidades dentro dos projetos terapêuticos. Tais iniciativas são mais potentes à medida que extrapolam as fronteiras setoriais da saúde e da saúde mental, situando-se no campo mesmo da promoção de direitos e oportunidades.

5. PROTAGONISMO, AUTONOMIA E DIREITOS DOS USUÁRIOS

A promoção da autonomia é uma das diretrizes do cuidado em saúde mental e pode ser definida como a referência à pluralidade de vínculos que se é capaz de estabelecer: quanto mais vínculos e redes de relações uma pessoa constrói, mais autônoma ela se torna. O protagonismo dos usuários está, intrinsecamente, relacionado à promoção de autonomia e tem lugar a partir do respeito e potencialização dos modos singulares e coletivos de enfrentar as situações de sofrimento.

Promover a autonomia, potencializando o protagonismo, implica necessariamente garantir os direitos dos usuários a suas liberdades individuais: direito a realizar as escolhas em relação ao seu projeto de vida, direito à informação sobre sua condição de saúde, direito à participação ativa na construção de seu processo terapêutico. A qualidade da atenção psicossocial prestada está diretamente relacionada ao respeito aos direitos humanos, conforme preconizado pela OMS através da metodologia de avaliação de serviços de saúde mental QualityRights.

Algumas estratégias podem potencializar a promoção de autonomia, com protagonismo e respeito aos direitos, dentre as quais o incentivo à participação dos usuários em espaços do controle social, em coletivos e movimentos sociais e outros espaços comunitários e culturais de exercício da cidadania. Ações para ampliar a participação dos usuários nas decisões sobre seus processos terapêuticos, como por exemplo a Estratégia da Gestão Autônoma da Medicação, também têm grande potencial quando se trata de ampliar as condições de autonomia e protagonismo.

5.1 Gestão Autônoma da Medicação (GAM)

O uso crescente de psicofármacos mostra-se frequentemente inadequado e associado a fatores socioeconômicos, sendo a prevalência do uso de medicação bastante relacionada aos indivíduos de maior vulnerabilidade social, à baixa escolaridade e à menor renda *per capita* (ROBERTS, 1998). Mesmo em municípios equipados com serviços de saúde mental em quantidade e qualidade consideráveis, existem altas taxas de prescrição de psicofármacos.

De outra parte, verifica-se muitas vezes que o tratamento em saúde mental está reduzido aos psicotrópicos e que a comunicação entre os profissionais de saúde e usuários sobre o tratamento é deficiente (SANTOS, 2009). Outra faceta deste problema envolve o baixo empoderamento que os usuários dos serviços possuem em relação ao seu tratamento, mostrando baixa apropriação de informação, centralização do poder nos profissionais de saúde e aumento da vulnerabilidade da clínica à economia de mercado e à lógica médico-hospitalocêntrica.

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma estratégia pela qual aprendemos a cuidar do uso dos medicamentos, considerando seus efeitos em todos os aspectos da vida das pessoas que os usam. A GAM parte do reconhecimento de que cada usuário tem uma experiência singular ao usar psicofármacos e de que importa aumentar o poder de negociação desse usuário com os profissionais da saúde que se ocupam do seu tratamento – sobretudo com os médicos, que são os que prescrevem os medicamentos. Ao prescrever um medicamento, o profissional tem que considerar a experiência prévia do usuário e não excluir a possibilidade de diminuir doses, trocar um medicamento por outro ou substituir o tratamento medicamentoso por outras formas de tratar. É fundamental que

usuários e profissionais possam avaliar juntos em que medida os medicamentos servem mesmo à melhoria da qualidade de vida, reduzindo o sofrimento que os sintomas da doença causam; ou, se, de maneira oposta, intensificam esse sofrimento com efeitos não desejados (efeitos colaterais). É fundamental que profissionais de saúde se aproximem das vivências dos usuários; e que estes se sintam com liberdade e no direito de intervir nas condições do tratamento que recebem.

Para ajudar usuários e profissionais de saúde a tomar as melhores decisões sobre os medicamentos, de forma compartilhada, foi criado o Guia GAM. O Guia GAM é uma ferramenta prática e útil, que oferece não só informações técnicas, mas perguntas amplas e abertas, que remetem às experiências e aos significados individuais de usar tal ou qual medicamento, além de outros aspectos considerados importantes para avaliar se o tratamento está sendo adequado. A GAM é uma estratégia para ser praticada de forma coletiva, em grupo, de maneira dialogada e compartilhada – e assim deve ser também o uso do Guia GAM¹

O Guia GAM foi elaborado por pesquisadores, usuários e trabalhadores de saúde mental, primeiramente no Québec/Canadá nos anos 1990, e posteriormente, adaptado como estratégia no contexto brasileiro, contando com a participação de usuários e trabalhadores de saúde mental ao longo de um processo de pesquisa. Atualmente, é uma ferramenta metodológica da Política Estadual de Saúde Mental do RS, para enfrentar os problemas descritos acima e promover autonomia e protagonismo dos usuários. A GAM entra na Política de Saúde Mental do estado do RS como mais uma das ferramentas que fazem operar a Linha de Cuidado no delicado tema das medicações e das prescrições. Com ela buscamos trabalhar mais práticas de cuidado COM o outro do que SOBRE o outro. O Guia GAM é disponibilizado pela Secretaria Estadual da Saúde para os serviços da RAPS junto à oferta de apoio técnico para a realização de grupos.

Ao propor, no cotidiano da atenção em saúde, uma metodologia de encontro em grupos, para falar das experiências com o uso das medicações, a partir do material proposto no GUIA GAM, uma série de movimentos nos processos de cuidado podem se desencadear. O deslocamento do profissional do lugar do especialista pela convocação ao reconhecimento dos saberes singulares pode abrir novas possibilidades de oferta e

¹ Essas e outras informações sobre a GAM estão disponíveis em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces> (se os Guias já estiverem no site da SES dá pra atualizar o link.

acompanhamento de itinerários terapêuticos. Por outro lado, ao autenticar o lugar de protagonista dos usuários através da criação de novos campos de negociação e de diálogo, a GAM pode desencadear processos de promoção de contratualidade que propiciem a participação dos usuários, em igualdade de oportunidades, em outros espaços, ampliando sua rede social e afetiva. A ampliação da rede social e afetiva e da autonomia de usuários, assim como a invenção de novos itinerários terapêuticos são indispensáveis para a produção de uma linha de cuidado. O uso do Guia em grupos visa o compartilhamento e conseqüente apropriação da experiência de adoecimento e uso de psicofármacos, além da discussão de informações sobre medicamentos e direitos dos usuários de saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em muito já se avançou na implantação da Rede de Atenção Psicossocial e na execução da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Há no estado do Rio Grande do Sul um número de leitos em hospitais gerais muito acima do indicado pelo Ministério da saúde, o que nos mostra que, ao contrário do que se veicula muitas vezes, não faltam leitos de internação. O que ocorre é a utilização da internação com frequência como primeira alternativa de cuidado, uma vez que culturalmente reconhece-se este recurso como a principal alternativa de tratamento. Transformar culturalmente esta realidade aparece como um dos grandes desafios para o SUS.

Outro grande desafio é expandir e qualificar o cuidado territorial e, neste sentido, há avanços inegáveis. Hoje são 186 CAPS, 10 deles com funcionamento 24 horas, 297 oficinas terapêuticas na Atenção Básica, 119 Núcleos de Apoio à Atenção Básica, 6 municípios com Acompanhantes Terapêuticos, 40 Composições de Redução de Danos, 42 SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos Públicos, e 5 Unidades de Acolhimento Transitório. A Estratégia de Saúde da Família vem aumentando a cobertura em todo o Estado, totalizando atualmente 67% de cobertura, e construindo ações de cuidado em saúde mental na maioria dos territórios.

A RAPS deve continuar a ampliar-se, especialmente, no que se refere ao número de CAPS 24h e CAPS infantil, de Composições de Equipe de Redução de Danos, Unidades de Acolhimento Transitório, bem como de Serviços Residenciais Terapêuticos. A criação de financiamento estadual para Centros de Convivência também aparece como uma necessidade enunciada pelos municípios e pelo Controle Social. Além disso, a

adesão estadual para a implantação de equipes de avaliação e acompanhamento das medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental e em conflito com a lei, de acordo com a Portaria MS/MJ nº 94/2014, deve ser efetivada no curto prazo para garantir o acesso à atenção psicossocial na RAPS para as populações em privação de liberdade.

Todos os pontos da Rede de Atenção Psicossocial aqui apresentados possuem recursos estaduais e/ou federais para sua implantação e manutenção nos municípios. Os valores e critérios de cada um destes pontos encontram-se na planilha das normatizações técnicas em anexo.

Encontram-se realidades diferentes quanto à rede de fato implantada nos diferentes municípios, redes mais ou menos diversas, já estabelecidas ou ainda em construção. Cabe ao município a definição dos equipamentos que priorizará a solicitação dos recursos disponíveis e a gestão dos serviços. As Políticas Nacional e Estadual de Saúde Mental, incentiva, financia e apoia a implantação dos serviços aqui apresentados, sendo eles serviços públicos, laicos e de acordo com os princípios do SUS e do cuidado em liberdade.

Ao Estado cabe o co-financiamento, o acompanhamento e o apoio técnico para a implantação e a qualificação da Rede de Atenção Psicossocial. Sublinha-se que a existência desta rede enquanto conjunto de serviços diferentes e diversificados é muito importante, mas não garante o efetivo cuidado, o qual depende em grande parte do modo de funcionamento dos serviços e de sua capacidade de acolher as diferentes necessidades dos usuários.

A Secretaria Estadual da Saúde está à disposição para o trabalho conjunto e intersetorial através das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde e da Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

CONTATOS:

Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

Telefones: (51) 3288- 5909 ou (51) 3288-5908

Email: saudemental@saude.rs.gov.br

ANEXOS

