

## A CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL DE UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL



Alessandra Ritzel SCHNEIDER<sup>1</sup>



### Resumo

A estruturação da rede de atenção em saúde mental é fundamental no processo de inclusão do usuário e conseqüente alcance do objetivo norteador da Reforma Psiquiátrica: o resgate da cidadania do indivíduo com transtorno psíquico. Propõe-se, com esse artigo, descrever o relato de experiência da estruturação da Comissão de Saúde Mental de um município da região sul do Brasil, e de sua proposta em desenvolver, conjuntamente com a atenção básica em saúde, o reconhecimento, a articulação e a integração da rede em saúde mental. Ressalta-se a revisão teórica sobre a Reforma Psiquiátrica, a legislação em Saúde Mental no Brasil e os serviços regulamentados por esta, bem como a estruturação da rede de atenção em saúde mental, enfocando a inter-relação entre esses serviços, compreendendo a atenção básica e secundária em saúde, esta, caracterizada pelo atendimento prestado nos Serviços de Saúde Mental.

**Palavras-Chave:** Saúde Coletiva. Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental. Rede em Saúde Mental.

### **A construção de uma proposta diferenciada em saúde mental e o relato dessa experiência vivenciada: “Saúde Mental na Roda”**

A Reforma Psiquiátrica no Brasil tem sua origem próxima à década de 80 e se caracteriza por um enfoque principal: a reivindicação dos direitos do portador de transtorno psíquico, bem como de sua cidadania. Sua principal relevância está na crítica à institucionalização, e na idéia de seu aperfeiçoamento ou humanização. Assim, busca perceber o indivíduo em seu aspecto integral, contemplando sua globalidade e seu contexto biopsicossocial (BRASIL, 2004).

O Movimento pela Reforma Psiquiátrica vem a se consolidar nas críticas ao modelo hospitalocêntrico de assistência em saúde. Enfatiza-se o direito ao exercício da cidadania como importante fator nesse processo e a participação de diferentes atores sociais: além do

portador de transtorno psíquico, encontra-se também sua família. O crucial era a construção do processo de cidadania (OLIVEIRA e ALESSI, 2005).

Ressalta-se, também, a iniciativa de reformulação legislativa e as novas experiências institucionais no cuidado em saúde mental. Somando esse amplo processo, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental e, posteriormente, o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1987. A partir desse evento, surge uma nova percepção: a desinstitucionalização, baseada na desconstrução da abordagem institucional psiquiátrica, bem como mudanças da sociedade nas formas de se relacionar com a loucura. Assim, busca-se diferenciar as práticas não apenas nas instituições psiquiátricas, mas também com a cultura, o cotidiano, bem como a atuação em saúde visando um aspecto amplo do indivíduo (COSTA-ROSA, LUZIO e YASUI, 2001; GUIMARÃES et al., 2001; TENÓRIO, 2002).

O Movimento da Luta Antimanicomial surge com importante ênfase no âmbito cultural, convidando a sociedade a discutir e reconstruir sua relação com a loucura, contando com a participação dos usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências. Institui-se o dia 18 de maio como Dia Nacional de Luta Antimanicomial, procurando sensibilizar, mobilizar e articular a sociedade na questão desta nova visão em saúde mental, que procura criar dispositivos alternativos de cuidado, abertos e de natureza comunitária (COSTA-ROSA, LUZIO e YASUI, 2001; GUIMARÃES et al., 2001; TENÓRIO, 2002).

Com a criação do SUS, em 1988, a crítica ao modelo de tratamento psíquico institucional fortaleceu-se, principalmente por suas características de isolamento social, submissão e de discriminação desses indivíduos (CAMPOS, 2001).

Posteriormente, nos anos de 1992 e 2001, são realizadas a II e III Conferência Nacional de Saúde Mental, respectivamente. Em ambas, podem-se encontrar referências relacionadas à cidadania dos portadores de transtorno psíquico, bem como as diferentes maneiras em que esta se apresenta no decorrer da Reforma Psiquiátrica. Ressaltam-se os debates que mencionam a importância da atenção psicossocial em saúde mental (COSTA-ROSA, LUZIO e YASUI, 2001; OLIVEIRA e ALESSI, 2005).

Referente à legislação brasileira, o projeto de lei do deputado Paulo Delgado, que apresentava a proibição de construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, bem como o redirecionamento de recursos públicos para a criação de serviços alternativos de atendimento em saúde mental, além da informação ao setor judiciário das internações compulsórias, foi transformado na Lei nº 10.216, em 6 de abril de 2001. Seu

objetivo é regulamentar a assistência psiquiátrica no Brasil e reestruturar o modelo de atendimento até então conhecido (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004).

A Portaria nº 336/GM, criada em 19 de fevereiro de 2002, vem a regulamentar os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, crucial para a sua implantação. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm o objetivo de oferecer atendimento diuturno às pessoas que possuem transtornos psíquicos severos e persistentes, num dado território, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um regime de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando as internações e favorecendo o exercício de sua cidadania e inclusão social, bem como promover o fortalecimento de seu vínculo familiar (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004).

O CAPS proporciona atendimentos individuais, grupos terapêuticos, atendimentos familiares, atividades comunitárias, assembléias de familiares, oficinas terapêuticas, culturais, expressivas, de alfabetização e de geração de renda, atividades esportivas, de suporte social, grupos de convivência, entre outras atividades que promovam integração e interação social. Contam, para o desenvolvimento dessas atividades, com uma equipe multidisciplinar, de caráter interdisciplinar, que promova trocas importantes necessárias ao melhor plano terapêutico e reabilitação psicossocial estabelecido para cada usuário. Devem possuir um ambiente acolhedor e terapêutico, incluindo pessoas em situação de crise, que se apresentem muito desestruturadas, na medida em que possa oferecer assistência a esta. O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, atendendo aos transtornos psíquicos graves e evitando as internações hospitalares (BRASIL, 2004; ONCKKO-CAMPOS e FURTADO, 2006).

Dados referentes a estimativas internacionais e do Ministério da Saúde quanto a população que sofre de transtornos psíquicos severos e persistentes, 3% da população, representando cinco milhões de pessoas, necessita de cuidados contínuos. Além disso, mais de 9% precisa de atendimento eventual por possuir transtornos menos graves (BRASIL, 2003).

Quanto a transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a necessidade de atendimento continuado atinge cerca de 6 a 8% da população. Para esse grupo, percebe-se que o sistema de assistência ainda limita-se à atenção hospitalar, privilegiando as pessoas mais acometidas, apesar de perceber-se a necessidade de reversão dessa estratégia (BRASIL, 2003).

Este artigo, assim, propõe-se a descrever a estruturação da Comissão de Saúde Mental de um município da região sul do Brasil, e de sua proposta de organização e articulação da rede de atenção em saúde, enfocada na legislação em saúde mental brasileira, buscando promover a vida comunitária e autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental, incluindo os indivíduos que apresentem algum tipo de transtorno psíquico.

O município onde se desenvolveu a proposta localiza-se no interior do Estado do Rio Grande do Sul, em sua região central, e possui uma população de aproximadamente 200 mil habitantes. Em relação aos serviços de atendimento em saúde, existiam, aproximadamente, em torno de 40 unidades que prestavam assistência. Divide-se em regiões de Atenção Básica em Saúde, sendo elas: Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro. Nessas regiões encontravam-se Unidades Básicas de Saúde, Programa de Agentes Comunitários, Programa de Saúde da Família, Serviços de Saúde Secundários e Terciários.

Em relação à construção da rede de atenção em saúde mental do município mencionado nesse estudo, a partir do ano de 1998 esta passou a ter uma efetivação mais concreta. Nesse ano estruturou-se um serviço de atendimento em saúde mental com enfoque ambulatorial, que possuía alguns grupos terapêuticos. A equipe era composta por psiquiatra, psicólogo e assistente social. Posteriormente, outros profissionais passaram a integrar a equipe, entre eles: terapeuta ocupacional, arte-terapeuta, fisioterapeuta e monitor de oficinas, bem como outros psiquiatras e psicólogos. Em 2002 foi implantado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II do município, destinado ao atendimento de adultos que possuíam transtornos psíquicos severos e persistentes.

No desenvolvimento das atividades terapêuticas do CAPS II, a equipe foi percebendo que, ao se empregar medidas terapêuticas em saúde mental, essas não deveriam ocorrer de maneira isolada do contexto psicológico e social do usuário, do contexto da organização e da maneira de trabalho do serviço de atenção psiquiátrica. Assim, qualquer medida terapêutica necessitava ser parte de um projeto de intervenção, considerando os aspectos pessoais, familiares, sociais, econômicos, laborais e culturais. Apesar de estratégico, o CAPS deveria estar integrado por uma rede de cuidados, buscando atender a complexidade das demandas de inclusão necessárias para que seus objetivos fossem atingidos (SARACENO, ASIOLI e TOGNONI, 2001; BRASIL, 2003).

Os autores Saraceno, Asioli, Tognoni (2001) e o Ministério da Saúde (2003) destacam que se faz crucial a integração do serviço de atendimento em saúde com as realidades da comunidade: população, rede de atenção básica em saúde, serviços de educação, instituições

do Estado e particulares e demais organizações sociais. Para que essa troca possa acontecer, é importante que as equipes de todas as instituições mencionadas estejam dispostas a se inteirar e participar da vida social da comunidade.

Considerando-se a relevância da abordagem que os serviços de saúde de atenção básica devem oferecer aos usuários portadores de transtornos psíquicos, seu acolhimento e, conseqüentemente, promoção de um melhor encaminhamento destes, bem como a importância de uma estruturação e aproximação destes serviços das diferentes regiões de saúde e dos serviços que desenvolvem atividades em saúde mental, principalmente os Centros de Atenção Psicossocial, organizou-se, a partir de maio de 2005, por iniciativa da Secretaria de Saúde do Município, espaços para discussões dessas questões citadas, que envolvessem todos os Serviços de Saúde municipais, incluindo os que prestam atendimento em Saúde Mental.

A partir dessas discussões, estruturou-se uma comissão que recebeu o nome de “Comissão de Saúde Mental do Município”, composta por representantes de Unidades Básicas de Saúde, do Programa de Agentes Comunitários, do Programa de Saúde da Família, do Ambulatório de Saúde Mental, dos Centros de Atenção Psicossocial (destinados aos atendimentos de adultos, atendimento a usuários de álcool e outras drogas e, também, o que atende a clientela infantil), do Centro de Atendimento a Vítimas de Violência, do Programa de Redução de Danos, da Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Universitário e professores e alunos do Curso de Psicologia de instituição federal. Todos os serviços foram convidados a participar, escolhendo um representante para integrar as reuniões.

Sua principal ênfase foi a de promover a integração e a cooperação entre os serviços de saúde existentes, de modo que a atenção primária desenvolvesse uma ação de selecionar a demanda de saúde mental, solucionando por si mesmo os casos mais simples. As equipes dos serviços de saúde mental, integrando-se aos demais serviços de saúde e a comunidade, poderiam assessorar os trabalhadores de atenção primária, com a finalidade de proporcionar a operacionalização desses serviços, constituindo uma percepção psicossocial do trabalho em equipe. Importante, também, compreender a atenção psiquiátrica como uma parte da atenção para a Saúde Mental, e não a totalidade da atenção. Isso significa que o sistema de atenção psiquiátrica (Hospital Psiquiátrico, Centro de Atenção Psicossocial, Equipes de Saúde Mental, Hospitais Gerais que atendem transtornos mentais) representaria o nível secundário do sistema de atenção para a saúde mental (SARACENO, ASIOLI e TOGNONI, 2001; BRASIL, 2003).

Para Saraceno, Asioli, Tognoni (2001) e o Ministério da Saúde (2003), os trabalhadores de atenção primária e as unidades nas quais trabalham representam uma outra importante parte para (o nível primário) da atenção com suas tarefas específicas, assim como os trabalhadores que atuam na comunidade (como parte de programa de saúde, de trabalho social, de educação, etc.) constituem o nível de atenção comunitária.

A Comissão possuía um cronograma de reuniões semanais, com duas horas de duração, onde foram enfocadas discussões baseadas em uma pauta prévia e, posteriormente, registradas em ata. Desses encontros, foram levantadas questões importantes relativas à abordagem e articulação do tema Saúde Mental no município. Dentre elas, surgiu a necessidade de se conhecer as regiões de saúde do município, as unidades de saúde que as compõem, promover a troca entre as equipes sobre as questões de acolhimento do usuário com transtorno psíquico e de sua família, bem como a inserção dos usuários que estão em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município em suas comunidades de origem.

Preocupou-se em se estruturar a construção de uma rede de atenção em saúde mental incluindo todos os serviços de Atenção Básica em Saúde, realizando atividades de interação e integração com as Unidades Básicas de Saúde, Programas de Agentes Comunitários e com os Programas de Saúde da Família do Município.

A partir dessas reuniões, organizou-se uma proposta de inter-relacionar os serviços de saúde através de trocas dinâmicas, em que se propunha conversar sobre saúde mental, acolhimento, desmistificação da loucura, serviços de saúde mental existentes na rede de saúde, encaminhamentos e demais assuntos que partissem do interesse das equipes de saúde. O trabalho a ser desenvolvido foi chamado de “Saúde Mental na Roda”, promovendo a idéia de que o objetivo do tema era propor a discussão, a troca e a integração entre os profissionais de saúde.

Nessa abordagem de troca, procurou-se destacar a relevância de atitudes básicas com o usuário dos serviços de saúde, constituindo o fundamento das técnicas terapêuticas, sendo uma parte da estratégia de intervenção. Cada membro da equipe de saúde, qualquer que seja o papel que nela desempenhe, deveria desenvolver uma atitude solidária e acolhedora. Respeitar o usuário frente a sua individualidade e a sua universalidade, ou seja, seu contexto, mantendo com o usuário uma relação de troca, onde este se sinta aceito, reconhecido como sujeito, para que possa confiar na pessoa que o atende, na equipe e no serviço. Esta atitude deveria ser uma característica básica não apenas no momento da entrevista, mas em cada momento do

relacionamento entre o serviço de atenção e o usuário (SARACENO, ASIOLI e TOGNONI, 2001; BRASIL, 2003).

Enfatiza-se que para o desenvolvimento de tal proposta procurou-se referir a importância de que as ações de saúde mental na atenção básica devam obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas, promovendo o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Ações essas enfocadas e determinadas pelos princípios do SUS e os da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2003).

Como o município é dividido em regiões de saúde, estruturou-se o trabalho a ser realizado por cada região já mencionada. Iniciou-se a proposta na região Norte, onde foram programados cinco encontros quinzenais, realizados em dois turnos, em um mesmo dia, com duração de duas horas cada um deles, para procurar abordar a maior quantidade de profissionais da região de saúde. Os encontros tiveram como sede uma Unidade Básica da região. Apesar de o encontro ser em uma única unidade, todos os profissionais da referida região de saúde foram convidados a participar. No momento da proposta, a Região Norte contava com cinco unidades de saúde, entre elas possuindo Programa de Agentes Comunitários e Programa de Saúde da Família.

No primeiro encontro participaram, por turno, dois profissionais da Comissão de Saúde Mental. A atividade proposta foi conversar com os presentes no encontro, entre eles enfermeiros, agentes de saúde, médicos e técnicos de enfermagem, sobre a Comissão de Saúde Mental do Município, seus objetivos e a finalidade da atividade que estava sendo proposta aos profissionais. Através da realização de uma dinâmica de grupo, procurou-se conhecer os temas de saúde mental que os participantes gostariam de discutir nos encontros.

A partir desse encontro, a Comissão de Saúde Mental observou os assuntos trazidos em decorrência da dinâmica citada. Os principais temas foram relacionados a conhecimentos sobre saúde mental em seu aspecto amplo, bem como a necessidade de conhecer os serviços de saúde mental da rede de saúde e seus devidos encaminhamentos. A Comissão elaborou, a partir desse encontro, uma sugestão de desenvolvimento das atividades a serem abordadas na sequência da proposta “Saúde Mental na Roda”, e que seriam discutidas com os profissionais participantes.

No segundo encontro na região referida, foram colocadas as questões trazidas pelos profissionais, e desenvolvida a proposta citada acima. Foi acordado com os participantes em se realizar, através de estudo de caso, a melhor maneira de se conversar sobre os temas que

surgiram. Nosso objetivo era propor uma conversa sobre saúde mental, procurando, a partir dessa abordagem, desmistificar a loucura e o acolhimento do portador de transtorno psíquico.

Os autores Franco, Bueno, Merhy (1999) propõem pôr em prática o acolhimento como um dispositivo que interroga os processos usuário-profissional de saúde, que constroem relações clínicas das práticas de saúde e que permitem compreender como o trabalho com os indivíduos é percebido, conforme certos modelos de assistência, em todo lugar em que há relações clínicas em saúde, interrogando centralmente as relações de acessibilidade.

A busca existente nas práticas de saúde, tanto individuais quanto coletivas, diz respeito à produção de uma responsabilização clínica e sanitária, bem como de uma intervenção resolutiva. Para tal, tem-se em vista que sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização e nem otimização das resolutividades que efetivamente podem impactar os processos sociais de produção da saúde e da doença (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999).

Além dessas atitudes, devemos sempre lembrar a questão da reabilitação. Existe uma relação muito estreita entre saúde mental e fatores psicossociais. Esses fatores estão correlacionados à origem de muitos transtornos psíquicos, ao desenvolvimento de todos esses transtornos e à eficácia dos serviços de atenção psiquiátrica. Dessa forma, percebe-se que o usuário que apresenta esses transtornos deve ser estimulado a restabelecer suas relações afetivas e sociais e reconquistar seu papel social dentro de sua comunidade (SARACENO, ASIOLI e TOGNONI, 2001; BRASIL, 2003; ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006).

No terceiro encontro, realizou-se a proposta de compreender os temas de saúde mental a partir do estudo de caso. Os casos foram propostos e elaborados pelos participantes do encontro, onde foram discutidas as condutas relacionadas aos casos referentes à situação colocada. O espaço foi de troca, de integração, esclarecimentos e informações, concomitantemente. Percebeu-se que o tema acolhimento esteve presente em todas as discussões levantadas, sendo uma compreensão do grupo a importância de aprofundar esse tema nas futuras discussões.

No quarto encontro, conversamos sobre os serviços de saúde mental existentes no município, suas principais funções, clientela e de como eles interagem entre si. Falamos sobre o CAPS II de atendimento da clientela adulta que possui transtorno psíquico severo, o CAPS para atendimento de usuários dependentes de álcool e outras drogas, e o CAPS I (infantil), ainda em processo de implantação, e sobre o Ambulatório de Saúde Mental, todos esses integrantes da rede municipal de atenção em saúde. Também falamos sobre o Serviço de



Emergência Psiquiátrica do Hospital de instituição universitária, e da Unidade de Internação Psiquiátrica, pertencente ao mesmo hospital.

No quinto encontro, realizou-se um reconhecimento dos serviços de saúde através de uma visita destes profissionais participantes. A proposta foi conhecerem o espaço físico e o funcionamento de cada serviço, maiores esclarecimentos sobre encaminhamentos, conhecendo de modo mais próximo o perfil de cada serviço e procurando promover a interação dos usuários presentes nos serviços com os referidos profissionais, ainda que de uma forma muito breve.

A Comissão de Saúde Mental propôs-se a manter uma programação continuada com essa Região. Organizaram-se encontros mensais permanentes, com o objetivo da continuidade da importante troca entre os participantes e a Comissão, proporcionando a discussão de casos de usuários, conversas sobre acolhimento, encaminhamentos e demanda.

Importante ressaltar que, para não sobrecarregar os profissionais dos serviços e nem promover dificuldades no funcionamento dos serviços de saúde mental mencionados acima, elaborou-se uma escala rotativa de profissionais que participaram dos encontros. Assim, todos os profissionais puderam participar da proposta em algum momento do seu desenvolvimento, não havendo comprometimento nas ações dos serviços de saúde mental.

Nos encontros estiveram presentes profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes de saúde. Relevante mencionar que a presença nos encontros foi de acordo com a identificação com o tema em debate: saúde mental. Solicitamos que profissionais que mais se identificavam com o tema pudessem comparecer, a fim de, posteriormente a essa etapa inicial, serem multiplicadores, dentro de sua unidade de trabalho, das idéias discutidas.

Infelizmente, não houve uma assiduidade contínua de profissionais das diferentes unidades de saúde da região referente ao seu comparecimento. Dificuldades com agendas, horários, organizações das atividades das unidades convidadas foram mencionadas como fatores que interferiram negativamente em uma maior participação das equipes. Ressalta-se que a grande representatividade participante foi a dos profissionais agentes comunitários de saúde. Além disso, trouxeram muitas colaborações para os momentos de trocas, ao relatarem suas experiências referentes às visitas domiciliares que desenvolviam.

Essa foi uma etapa inicial desse processo, mas que ainda possui um longo caminho a percorrer. Tem-se também outras regiões a se apresentar tal proposta e colaborar com a adesão de suas unidades, serviços e profissionais.

Como próxima etapa na efetivação da proposta da Comissão de Saúde Mental do município, pensou-se em abordar outra região, caracterizada por demanda populacional elevada e com grande número de unidades de saúde. Ao total, conta com oito unidades de saúde, onde existem Programa de Agentes Comunitários e Programa de Saúde da Família, além de um Pronto-Atendimento, que funciona durante 24 horas. Nessa etapa, procurou-se pensar em discutir o estabelecimento de uma diferenciada abordagem, pois o atendimento 24 horas possui uma dinâmica própria.

Assim, ressalta-se a construção dessa proposta mediante as diferenciadas características locais das regiões de saúde, bem como dos serviços que as constituem. Essa construção necessita respeitar o perfil dos seus usuários, profissionais, enfim, da comunidade como um todo. Possui, assim, uma metodologia dinâmica e particularizada, construída a cada nova região a ser abordada.

### **Conclusão**

As redes possuem relações complexas e resistentes. O essencial é que não se perca a dimensão da importância que constituem suas interações entre os diferentes setores biopsicosociais. Entre eles, enfocamos o eixo da saúde, em específico a atenção básica em saúde, efetuada pelas Unidades Básicas de Saúde, pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde e pelo Programa de Saúde da Família desse município.

Compreender o sofrimento psíquico, acolhendo o usuário e promovendo seu melhor encaminhamento, norteia uma relação importante e estratégica na articulação dessa rede, tanto no cumprimento das funções de assistência direta como na regularização da rede de serviços de saúde.

Faz-se necessário trabalhar em conjunto com as equipes de Programa de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde e Programa de Agentes Comunitários na promoção de vida comunitária e de autonomia dos usuários, articulando demais recursos, quando necessários, em outros setores, como jurídicos, econômicos, laborais, empresariais, entre outros.

Apesar das dificuldades de contar com um maior número de profissionais, pode-se ressaltar a participação tão integrada dos profissionais que fizeram parte do “Saúde Mental na Roda” e, que certamente, poderão atuar como multiplicadores das idéias discutidas e interagidas durante os encontros.

A partir dessa iniciativa da Comissão de Saúde Mental do município, percebe-se a possibilidade da prática dessa participação coletiva e promoção na troca, integração e

interação entre todos os setores deste meio em que a rede se estrutura, mas enfocando principalmente a saúde mental do indivíduo e a saúde coletiva, efetivando os princípios da Reforma Psiquiátrica, bem como os da Legislação em Saúde Mental, construída a partir deste processo, proporcionando a promoção da saúde coletiva.

## **THE CONSTRUCTION OF THE ATTENTION NETWORK TOWARDS MENTAL HEALTH OF A TOWN FROM THE SOUTH OF BRAZIL**

### **Abstract**

The structuring of the attention net towards mental health is fundamental in the process of the user's inclusion and consequent achievement of the guiding objective of the Psychiatric Reform: the rescue of the individual's citizenship with psychic upset. We intend, with the present article, to describe the report about the experience with the structuring of the Mental Health Commission in city of the south area of Brazil, and of its proposal in developing, jointly with the basic attention in health, the recognition, the articulation, and the integration of the net in mental health. It is highlighted here the theoretical revision on the Psychiatric Reform, the legislation in Mental Health in Brazil and the services regulated by this, as well as the structuring of the attention network in mental health, focusing the interrelation among those services, understanding the basic and secondary attention in health, this last one characterized by the service rendered in the Services of Mental Health.

**Key-words:** Collective health. Psychiatric Reform. Mental health. Network in Mental Health.

### **Nota**

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, especializada em Saúde Coletiva. Funcionária da Secretaria de Saúde de Município da Região Centro - RS (áreas de saúde mental e programa de controle do tabagismo). E-mail: a\_ritzel@yahoo.com.br.

### **Referências**

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001. *Casa Civil*, Brasília, DF, 9 jun. 2008. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 9 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 9 jun. 2008. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe\_eletronico/2007/iels.fevereiro.07/iels30/U\_PT-MS-GM-336\_120207.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação Geral de Atenção Básica. *Saúde Mental e Atenção Básica – O vínculo e o diálogo necessários*, 2003 (01).

BRASIL. Ministério da saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, 2004.

CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 25, n. 58, p. 98-111, 2001.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.; YASUI, S. As Conferências de Saúde Mental e as premissas do modo psicossocial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, 2001.

FRANCO, T.; BUENO, W.; MERHY, E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 15, p. 345-353, abr./jun. 1999.

GUIMARÃES, J. et al. Desinstitucionalização em saúde mental: considerações sobre o paradigma emergente. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 5-11, 2001.

OLIVEIRA, A.; ALESSI, N. Cidadania: instrumento do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 191-203, jan./mar. 2005.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para a avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1054-1062, mai. 2006.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. *Manual de saúde mental*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais; história e conceitos. *Revista História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 9, p. 25-29, 2002.

Recebido: 15/03/2008

Aceito: 28/06/2008