

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LUÊNIO FRANKLEY FAGUNDES DE SOUZA

**AVALIAÇÃO DAS REDES SOCIAIS EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO
DE VARZELÂNDIA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LUÊNIO FRANKLEY FAGUNDES DE SOUZA

**AVALIAÇÃO DAS REDES SOCIAIS EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO
DE VARZELÂNDIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Msc.Priscila Orlandi Barth

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **AVALIAÇÃO DAS REDES SOCIAIS EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VARZELÂNDIA** de autoria do aluno LUÊNIO FRANKLEY FAGUNDES DE SOUZA foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial.

Profa. Msc. Priscila Orlandi Barth

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

DEDICATÓRIA

A Deus, força primordial para eu chegar ate aqui. Nos momentos de desânimo, o senhor me deu coragem e força para vencer.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	08
2.1 A construção da política de saúde mental no Brasil.....	08
2.2 Atenção psicossocial, território e redes sociais.....	09
2.3 O SUS e a rede de atenção psicossocial.....	09
2.4 Estratégia Saúde da Família (ESF).....	10
3 MÉTODO.....	11
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	12
4.1 Articulação e estratégias das redes sociais no cuidado em saúde mental.....	12
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
REFERÊNCIAS.....	15

RESUMO

O estudo objetivou identificar as estratégias das redes sociais e a forma de articular em diferentes níveis de intervenção e desenvolver ações de saúde integradas no cuidado em saúde mental. Trata-se de um levantamento bibliográfico onde este estudo busca a interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer. O público-alvo deste levantamento bibliográfico são as redes sócias existentes no cuidado em saúde mental. As redes articulam em diferentes níveis de intervenção e desenvolvem ações de saúde integradas, que evitam ao máximo a internação do portador de doença mental, trazendo-o de volta ao seu convívio social. No município de Varzelândia as redes sociais: Família, Igrejas, Escolas, Policias e CAPS articulam os cuidados e serviços em saúde mental, que funcionam como um sistema autopoietico no qual cada rede representaria uma unidade sanitária. Pode-se concluir que os caminhos apontados permitiram o apoio ao processo de desinstitucionalização tão almejada por militantes da Reforma Psiquiátrica. Todavia, é importante se poder encontrar alternativas políticas e técnico-profissionais, principalmente em nível de área de saúde e distrito sanitário, para que seja possível a superação dessas dificuldades, às vezes, estruturais.

Palavras-chave: Redes sociais; Saúde Mental; Cuidado.

1 INTRODUÇÃO

No atual contexto de mudança das práticas em saúde mental, a constituição de uma rede de atenção deve levar em consideração não somente as unidades de saúde, mas também uma rede comunitária de serviços mediada por canais de comunicação entre seus constituintes, que são primariamente unidades de saúde, mas que tem em instituições de parceria intersetorial, como igrejas, escolas e justiça, importantes pontos de produção de cuidado em parcerias intra e interinstitucionais.

A luta pela mudança do modelo assistencial no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil já obteve grandes avanços e conquistas. Em todo o país, houve diminuição de leitos hospitalares e fechamento de grandes hospitais (antigos manicômios) que serviam de verdadeiros depositários de pessoas, não se traduzindo em cuidado efetivo ao usuário portador de transtorno mental grave. Após a aprovação da lei 10.216, em 2001, apontando as diretrizes do processo de reforma, observou-se a implantação de inúmeras unidades de caráter substitutivo e projetos que fazem parte da política de desinstitucionalização na tentativa de reverter o modelo asilar e trazer dignidade e cidadania aos usuários.

Em que pese os avanços obtidos, o contexto atual apresenta desafios importantes para o setor, clamando envolvimento de gestores, profissionais de saúde e movimento social para o enfrentamento dos mesmos. Há necessidade da luta pela consolidação do modelo assistencial substitutivo, já que os recursos financeiros destinados à implantação e à manutenção das unidades ainda são insuficientes (ALVERGA,2006).

Portanto as redes sociais sendo um tema muito importante dentro da saúde mental, este artigo justifica-se sua relevância. E busca-se cada vez mais, a produção de novos modos de cuidado em saúde mental que operem na produção de subjetividade e provoquem novos modos de existência, atuando na desconstrução de estigmas acerca da saúde/doença psíquica no âmbito coletivo (GUIMARÃES, 2003).

Rede que deve articular diferentes níveis de intervenção e desenvolver ações de saúde integradas, que evitem ao máximo a internação do usuário, trazendo-o de volta ao seu convívio social. Assim busca-se identificar as ações, estratégias e cuidados em saúde mental realizado no município de Varzelândia. Para tal, propõe-se a seguinte questão norteadora: Como as redes sociais articulam as estratégias assistenciais no cuidado em saúde mental?

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A construção da política de saúde mental no Brasil

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários famílias e trabalhadores da saúde, iniciada na década de 1980 com objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais, o movimento foi impulsionado pela importância que o tema dos *direitos humanos* adquiriu no combate à Ditadura Militar e alimentou-se das experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental, baseado no hospital psiquiátrico, por um modelo de serviços não hospitalares com forte inserção territorial (BRASIL, 2004).

A aprovação de leis estaduais alinhadas com esses princípios, ao longo da década de 1990, reflete o progresso desse processo político de mobilização social não só no campo da saúde como também no conjunto da sociedade. Normativas federais passam a estimular e regular a nascente rede de serviços de base territorial. Em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional, é sancionada a Lei nº10.216 que assegura os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e direciona o modelo assistência em saúde mental (BRASIL, 2001).

A Lei Federal nº 10.216, de 06 de dezembro de 2001, garante os direitos das pessoas com transtorno mental, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativa. De forma geral, a lei assegura às pessoas que se beneficiam das ações e serviços do SUS o direito a um tratamento que respeite a sua cidadania e que, por isso, deve ser realizado de preferência em serviços comunitários, ou de base territorial, sem excluí-los, portanto, do convívio na sociedade (BRASIL, 2001).

A Reforma Psiquiátrica tem construído importantes ações e intervenções que vêm consolidando a produção de uma clínica ampliada em saúde mental. Tem como ênfase principal a desinstitucionalização, com a conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. A substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas, bem como a cidadania do usuário com transtorno psíquico vem sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade (TENÓRIO, 2002).

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. Assim, percebe-se a importância da organização e da articulação da rede de atenção em saúde mental, promovendo a vida comunitária e autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental, incluindo os indivíduos a partir do seu território e subjetividade (LANCETTI, 2006).

A atenção básica tem papel destaque no cuidado, pois a partir das diretrizes mundiais em saúde, foi preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ressaltando a importância dos profissionais que atuam na atenção primária participarem do processo de reabilitação em saúde mental (LANCETTI, 2006).

2.2 Atenção psicossocial, território e redes sociais

O conceito de território para a saúde é muito importante, pois não trata apenas de uma área geográfica. Um serviço de base territorial é um serviço de portas abertas que está localizado perto de onde o usuário vive, onde está a sua família, seus amigos, as instituições com as quais tem contato (igreja, escola, polícia, etc.), os lugares que frequenta, e como conseqüência, onde circulam seus sentimentos, afetos e laços sociais. Esses elementos que fazem parte da vida do usuário compõem o que chamamos de rede social (CRUZ, 2009).

Dessa forma, entende-se que o cuidado à saúde das pessoas é muito mais potente nesse território, onde a sua rede social pode auxiliá-lo no tratamento e no alívio do seu sofrimento. Por outro lado, a aproximação das ações de saúde mental dos territórios deve contribuir para que as comunidades estejam mais bem preparadas para incluir, sem estigmatizar, a diversidade que a “loucura”, assim como o uso de drogas, expressa (CRUZ, 2009).

2.3 O SUS e a rede de atenção psicossocial

A publicação da Portaria nº3088, de 26 de dezembro de 2011, veio regulamentar de forma detalhada a Rede de Atenção Psicossocial instituída pelo decreto Presidencial nº7508/2011. Nela estão descritos os principais serviços e ações que ofereçam atenção psicossocial, no país, para todas as pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, incluindo aqueles decorrentes do uso prejudicial de drogas (BRASIL 2011).

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados pontos de atenção promove a constituição de um conjunto vivo e concreto de referência capaz de acolher a pessoa em sofrimento mental. Essa rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede conforma-se à medida que são permanentemente articulada outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades (BRASIL 2011).

Para a organização dessa rede, a noção de território é especialmente orientadora. O Território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas também das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns (BRASIL 2011).

2.4 Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Estratégia Saúde da Família é uma estratégia prioritária para a expansão e consolidação da Atenção Básica (AB) no que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, na esfera individual e coletiva, que abrange a promoção e a proteção da saúde. Além da prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, objetivando desenvolver uma atenção integral que impacte a situação de saúde e a autonomia das pessoas, bem como os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. A atenção básica lida com populações de territórios definidos, com aproximadamente três a quatro mil pessoas pelas quais assume a responsabilidade sanitária considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. As equipes de Saúde da Família são compostas por um médico generalista, um enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2011)

A Atenção Básica em Saúde constitui-se da grande base, ordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde, fazendo-se presente de forma capitalizada em todo o território nacional. Ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, podem e devem ser realizadas nestes pontos de atenção, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011).

3 MÉTODO

Foi realizado um levantamento bibliográfico pelas bases LILACS e BDNF, utilizando-se as palavras-chaves: saúde mental, saúde da família, atenção básica, cuidado e redes sociais.

O levantamento bibliográfico busca-se a interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer e recolhe informações de todos os integrantes do universo pesquisado, tem-se um censo (GIL, 2008).

O local escolhido para a realização do estudo foi a cidade de Varzelândia, Norte de Minas Gerais, com uma população de 24 mil habitantes, conta com 08 equipe de Estratégias Saúde da Família. O público-alvo deste levantamento bibliográfico são as redes sócias em saúde mental existentes no município de Varzelândia.

Este estudo, por não se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais.

4 RESULTADO E ANÁLISE

4.1 Articulação e estratégias das redes sociais no cuidado em saúde mental

As redes sociais como um conjunto de relações interpessoais concretas que vinculam indivíduos a outros indivíduos vêm se ampliando dia a dia, à medida que se percebe o poder da cooperação como atitude que enfatiza pontos comuns em um grupo para gerar solidariedade.

De acordo com Mance (2001) a ideia de articulação entre diversas unidades que, através de certas ligações, trocam elementos entre si, fortalecendo-se reciprocamente, e que podem se multiplicar em novas unidades, as quais, por sua vez, fortalecem todo o conjunto na medida em que são fortalecidas por ele, permitindo-lhe expandir-se em novas unidades ou manter-se em equilíbrio sustentável.

Existem no município de Varzelândia as redes sociais: Família, Igrejas, Escolas, Polícias e CAPS articulam os cuidados e serviços em saúde mental, que funciona como um sistema autopoietico no qual cada da rede representaria uma unidade sanitária. Essa rede têm seus canais de comunicação, tanto dentro da própria unidade quanto fora dela, possibilitando a realização de ações integradas de caráter intra e interinstitucional.

Destaca Maturana (1998), que um sistema autopoietico é constituído como unidade, como uma rede de produção de componentes que em suas interações geram a mesma rede que os produz, e constituem seus limites como parte dele em seu espaço de existência. Em princípio, pode haver sistemas autopoieticos em qualquer espaço em que se possa realizar a organização autopoietica.

As redes articulam em diferentes níveis de intervenção e desenvolver ações de saúde integradas, que evitem ao máximo a internação do portador de doença mental, trazendo-o de volta ao seu convívio social.

Nesse sentido, o sistema de saúde mental em autopoiesis conserva sua organização e coerência interna na medida em que cada micro-organização e cada estrutura celular de atendimento funciona em sistema aberto, com interações contínuas e dialógicas, sobre as diversas estratégias disponíveis frente ao conflito, de refletir, formular questões significativas, aprender a aprender, transforma-se em meios ativos de

enfrentar os conflitos e resistir às simplificações de velhos paradigmas. (SCHNITMAN, 1999).

Nas estratégias quotidianas é fundamental a flexibilização do poder e do saber das redes que seja possível enfrentar a complexidade e o desenvolvimento da capacidade de se fazer alianças e invenções institucionais. No cotidiano, há momentos de recuo, de avanços, de "jogo de cintura", de rupturas momentâneas, de retomadas de discussões, assim por diante.

Todavia, o que permite os atendimentos se realizarem em rede é a interligação entre eles nas ações terapêuticas intra e interinstitucionais. A qualidade dos atendimentos em rede não se avaliaria pelo padrão de eficiência organicista-reparatória, em cada estrutura celular, separadas umas das outras (GOFFMAN, 1980).

Portanto as redes sociais funcionam no sentido de "solucionar", de forma corretiva, o "mau funcionamento" orgânico do sujeito objetificado como doente mental. Doravante, a preocupação não é mais na referida eficiência, mas na "eficácia da comunicação dialógico-terapêutica" (VIEIRA FILHO, 2003, pag. 34). Nessa avaliação, se inclui também a capacidade de fluidez das redes nas colaborações solidárias conjuntas, dentro e fora da micro-organização, no interior das respostas à demanda de cuidados à saúde mental do usuário.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que o sistema de saúde funcionaria como um circuito integrado de unidades sanitárias, tendo como portas de entrada, no território, o Programa de Saúde da Família (PSF) para a saúde geral e o serviço psicossocial (CAPS) para a saúde mental.

No atual contexto de mudança das práticas em saúde mental, a constituição de uma rede de atenção deve levar em consideração não somente nas unidades de saúde, mas também uma rede comunitária de serviços mediada por canais de comunicação entre seus constituintes, que são primeiramente unidades de saúde, mas que tem em instituições de parceria intersetorial, como: famílias, igrejas, escolas e justiça são importantes pontos de produção de cuidado em parceria intra e interinstitucionais.

Concomitantemente, as ações de saúde mental tenderiam a se diversificar numa coerência complexa, mas articulada em um projeto terapêutico que possibilita, quando necessário, a ativação da rede pessoal significativa, na tentativa de construir uma rede de apoio ao usuário, intencionando uma melhor inserção social para o mesmo.

Conseqüentemente, o usuário não seria mais considerado como sujeito solitário, como ocorre geralmente nas psicoterapias tradicionais, mas como sujeito-social, entendido numa concepção relacional na qual não se focaliza a pessoa atomizada, mas inserida culturalmente, participante de uma sociedade, de suas redes sociais e ambiente ecológico.

Conclui-se que os caminhos apontados permitiram o apoio ao processo de desinstitucionalização tão almejada por militantes da Reforma Psiquiátrica, permitindo um melhor acompanhamento do usuário, a manifestação da criatividade nas ações terapêuticas e proporcionando que os usuários vivam novamente e comunidade integrados à famílias, sem a necessidade de retornar ao modelo asilar e “despersonalizante”. Todavia, é importante se poder encontrar alternativas políticas e técnico-profissionais, principalmente em nível de área de saúde e distrito sanitário, para que seja possível a superação dessas dificuldades, às vezes, estruturais.

Referências

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN M. A **Reforma Psiquiátrica e os Desafios de Desinstitucionalização da Loucura**. Interface – Comunicação, Saúde, educação. Botucatu, vol. 10; n. julho/dec. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. *Resolução n. 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos*. Ministério da Saúde, Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de ações programáticas estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 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 álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília 2011. Disponível em: [HTTP://www.brasilsus.com.br/](http://www.brasilsus.com.br/). Acesso as em: 25 mar. 2014.

CRUZ, M.S.; FERREIRA , M.B. **Determinantes socioculturais do uso abusivo de álcool e drogas: uma visão paronômica**. In: CRUZ, M.S.; FERREIRA, M.B (Orgs). *Álcool e Drogas: usos, dependência e tratamento*. Rio de janeiro: IPUB-CUC, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, E. **Asylums. Le istituzioni total**. 7ª ed. Torino: Einaudi, 1980.

GUIMARÃES, L.A.M et al. **Prevalência de transtornos mentais nos ambientes de trabalho**. In: GUIMARÃES,L.A.M; GRUBITS, S.(orgs) *Saúde mental e trabalho* vol I. 3a. Edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Saúde Mental e saúde coletiva**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MANCE, E. A. **A revolução das redes.** *A colaboração solidária como alternativa pós-capitalista.* Petrópolis: Vozes, 2001.

MATURANA, R. H. **Da biologia à psicologia.** Porto Alegre: Artes Médicas. Schnitman, D. F. (1999). A mediação: novos desenvolvimentos geradores. In D. F. Schnitman & S. Littlejohn (Orgs.), *Novos paradigmas em mediação* (pp. 101-124). Porto Alegre: ARTMED, 1998.

SCHNITMAN, D. F. **A mediação: novos desenvolvimentos geradores.** In D. F. Schnitman & S. Littlejohn (Orgs.), *Novos paradigmas em mediação* (pp. 101-124). Porto Alegre: ARTMED, 1999.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos.** *Hist. Cienc. Saúde Manguinhos.* v. 19, n. 1, jan./abr., 2002.

VIEIRA FILHO, N. G., & Morais, S. R. S. **A prática da clínica psicossocial. Construindo o diálogo com o cliente dito "psicótico".** *Psicologia: Ciência e Profissão.* Vol. 23, n.3, p.34, 2003.