



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL DE SÃO LEOPOLDO 2017-2020

Prefeitura Municipal de São Leopoldo

Secretaria Municipal de Saúde

Colegiado Gestor de Saúde Mental

Grupo de Trabalho para elaboração do Plano Municipal de Saúde Mental

Trabalhadores, residentes e estagiários dos CAPS AD, Aquarela e Capilé

Usuários e Familiares dos CAPS AD, Aquarela e Capilé

SUMÁRIO

1) INTRODUÇÃO.....	3
2) HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL DE SÃO LEOPOLDO.....	4
3) A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS).....	21
Atenção Básica.....	21
Atenção Psicossocial Especializada.....	25
Atenção de Urgência e Emergência.....	33
Atenção Residencial de Caráter Transitório.....	35
Atenção Hospitalar.....	37
Estratégias de Desinsitucionalização.....	40
Estratégias de Reabilitação Psicossocial.....	41
4) AÇÕES INTERSETORIAIS.....	42
5) GESTÃO E RECURSOS HUMANOS.....	42
6) PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS E CONTROLE SOCIAL	44

1) INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), delineado a partir da Constituição Federal de 1988, e pelas Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, propõe um modelo de atenção integral em saúde, com ações que incluem promoção, prevenção, proteção e reabilitação. Por sua vez, a Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, com desdobramentos em outras leis e portarias, busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. Isto é, um modelo que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas pelos serviços e pela cidade, possibilitando cuidados a partir dos dispositivos do SUS, de outras políticas públicas e também dos recursos que a comunidade oferece.

Em São Leopoldo, o primeiro Plano de Saúde Mental se originou na plenária da I Conferência Intersetorial de Saúde Mental, em abril de 2010. Foi deliberada uma proposta de criação de um Grupo de Trabalho Intersetorial, Interinstitucional e paritário (gestores, usuários e trabalhadores), para que, em conjunto com a Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde, viesse subsidiar a análise de realidade e construção do Plano Municipal Intersetorial de Saúde Mental, a ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. Dos encontros semanais do Grupo de Trabalho (GT), realizados entre 2010 e 2012, resultou o primeiro Plano Municipal Intersetorial de Saúde Mental, com vigência prevista de 4 anos (2013-2016).

Ao se aproximar o término de sua validade, se fez necessária a revisão e a atualização de um novo Plano Municipal de Saúde Mental, com formato quadrienal (2017-2020), alinhando-se com o período de vigência do Plano Municipal de Saúde de São Leopoldo. Para tanto, em 2016, o Colegiado Gestor, em reunião de rede de saúde mental, propôs a constituição de um novo GT, sendo composto por trabalhadores e residentes dos três CAPS. Inicialmente, esse grupo se encontrou semanalmente, atualizando os aspectos históricos e cronológicos da saúde mental no município, e também dando forma ao novo plano. Após, nas reuniões de cada serviço e novamente em reunião de rede, foram levantados junto aos trabalhadores propostas e ações para constituírem o Plano. Posteriormente, foi necessário um tempo de transposição dessas ideias ao presente documento. Após a constituição de um primeiro esboço, o Plano foi apresentado em reunião do NUMESC (Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva), onde estavam presentes representantes de outros componentes da Rede de Atenção Psicossocial Municipal e representantes da Unisinos. Dando sequência à discussão, foi realizada uma assembleia geral com os usuários dos três CAPS, em mais um levantamento de propostas e adequação destas ao Plano. Após, apresentou-se à Secretaria

Municipal de Saúde. Por fim, o GT se reuniu novamente para os ajustes e correções finais, resultando, finalmente, no presente Plano Municipal de Saúde Mental (2017-2020).

2) HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL DE SÃO LEOPOLDO

A trajetória da Saúde Mental no município de São Leopoldo não possuía documentos oficiais ou publicações de livre acesso ao público em geral. Frente a essa realidade, em maio de 2010, o Grupo de Trabalho Intersetorial, que construiu o primeiro Plano de Saúde Mental do município, em 2011, buscou profissionais, usuários e familiares que tinham sido protagonistas dessa história e do “Projeto de Saúde Mental do Centro de Convivência Capilé”, para obter dados e compor narrativas que pudessem servir como fonte dessa construção coletiva.

No início da década de 1990, o serviço de Saúde Mental de São Leopoldo se destinava ao atendimento de egressos de instituições psiquiátricas, situando-se numa pequena sala da Secretaria Municipal de Saúde. Em 1992, com a crescente demanda de atendimentos e, após um levantamento das necessidades do município na área de saúde mental, formou-se uma pequena equipe composta por duas psicólogas, uma enfermeira, uma assistente social e alguns profissionais voluntários. Nesse período, passou-se a priorizar o atendimento aos adultos em sofrimento psíquico grave e seus familiares. Em um espaço físico precário da Biblioteca Pública Municipal, cedido pela Secretaria de Cultura, passaram a se reunir grupos de pacientes e familiares.

Com o aumento do número de usuários, alguns grupos, como os de artesanato, foram realizados nos corredores do Posto de Saúde e coordenados por voluntários. Porém, tais “grupos de corredor” – assim designados pelos usuários – começaram a prejudicar o funcionamento do serviço e mostraram a necessidade da ampliação do trabalho em saúde mental no município. Diante disso, em julho de 1995, a Secretaria da Saúde alugou um local para desenvolver as intervenções em Saúde Mental. Esse imóvel se localizava na Av. Brasil, 584, no 2º andar, onde se instalou o Centro de Convivência Capilé (batizado de “Capilé” por votação realizada entre os usuários). O serviço pôde, então, estruturar-se melhor, visando ao cumprimento de suas principais metas: evitar ao máximo a hospitalização e atender a toda demanda de pacientes em sofrimento psíquico grave do município, possibilitando a seus usuários oportunidades de reinserção no convívio social.

No entanto, mesmo com as melhorias, ainda faltavam recursos humanos e materiais para realizar as atividades propostas (artesanato, dança, passeios), desenvolvidas por voluntários ou estagiários junto aos usuários. A carência de recursos dificultava, também, o acesso dos usuários ao Centro de Convivência, à medida que não eram disponibilizados alimentação e transporte, essenciais

para a permanência do usuário no serviço. Em 1997, por iniciativa de dois familiares, juntamente com a equipe e usuários, foi estruturada a Associação Capilé de Saúde Mental, com o intuito de arrecadar donativos junto à comunidade e às empresas. A proposta da Associação, além de arrecadar recursos materiais, consistia, através do trabalho cooperativo, da organização de cursos e da reintegração dos usuários na sociedade. Dessa forma, angariaram-se vales-transporte para os usuários, alimentação e ônibus para passeios. Percebendo a efetividade do trabalho com os grupos, a equipe de Saúde Mental iniciou uma batalha com o intuito de incluir, no seu quadro de trabalhadores, outros profissionais com diferentes formações, via concurso público. Essa proposta foi aprovada e a equipe foi ampliada e qualificada. O número de usuários foi aumentando, bem como as atividades terapêuticas oferecidas e o espaço físico do Centro de Convivência Capilé ficou limitado. Em decorrência disso, os grupos já eram realizados nas praças da cidade.

Em 2002, com o surgimento da Lei 10.216/02, que estabelece os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), São Leopoldo credenciou o Centro de Convivência Capilé junto ao Ministério da Saúde como CAPS II Capilé. Desse modo, o serviço passou a receber recursos federais e a seguir as normativas que estabeleciam as atividades e os cargos da equipe. Este foi um marco para a Saúde Mental do município, trazendo melhorias e muito trabalho para a equipe técnica, que precisou reorganizar-se para atender às novas exigências necessárias ao trabalho do CAPS. A prestação de contas através dos laudos de APACs (Autorização de Procedimentos de Alto Custo/ Complexidade) e o gerenciamento dos recursos por meio de uma conta restrita aos recursos do CAPS, eram prerrogativas da coordenação do serviço. Nessa época, havia rubrica própria para a saúde mental e os recursos não podiam ser aplicados em internações psiquiátricas. Dessa forma, os recursos sempre estavam garantidos para aquisição de materiais e aluguel do prédio, além de veículo e medicação, que eram disponibilizados pelo município. Nesse período, também foi constituído convênio com a Unisinos para a realização de estágios curriculares na área da psicologia.

Segundo os depoimentos de trabalhadores daquela época, a equipe era coesa e trabalhava para que as internações fossem o último recurso de tratamento aos usuários. O serviço se organizava para dispensar as medicações aos pacientes, inclusive aos finais de semana, com o intuito de garantir a continuidade do tratamento. Para a regulação dos procedimentos de internações psiquiátricas, foi estabelecido que um profissional da equipe atuasse um turno de sua carga horária de trabalho semanal no interior da unidade psiquiátrica do Hospital Centenário. Naquele momento, havia, no CAPS, de 200 a 220 pacientes atendidos pela equipe interdisciplinar. O trabalho se estruturava a partir de projetos: terapêuticos, de reabilitação, de sociabilidade e de geração de renda, com

atividades de horta, artesanato, ginástica (“Mexa-se”), serviços de jardinagem, assembléias, passeios, entre outros.

A partir da implantação de atendimentos por turnos no CAPS, foram estabelecidas as referências técnicas, para que cada usuário fosse acompanhado desde seu ingresso para tratamento no serviço por um profissional diretamente encarregado da condução do caso dentro da equipe. Os procedimentos de alta ocorriam pela busca de algum outro espaço, dentre os poucos espaços comunitários ou Postos de Saúde, que pudesse continuar o acompanhamento do usuário. Porém, a referência primeira continuava sendo o CAPS, onde era realizada uma reavaliação deste paciente a cada seis meses ou um ano.

No dia nove de setembro de 2004, houve a inauguração do Centro de Atenção Psicossocial Capilé na Rua Primeiro de Março, número 957. A casa havia sido reformada por um arquiteto contratado para comportar todas as atividades propostas pela equipe de saúde mental. Nesse momento, o trabalho que vinha sendo realizado pela equipe, tornara-se um exemplo dentro do estado do RS. No entanto, nesse mesmo ano houve eleições e a psicóloga, coordenadora do CAPS Capilé, foi desligada de seu cargo, e a equipe foi se desfazendo. Segundo seu relato, antes de sair, deixou na sede do serviço todo o material que contava a história desses doze anos de trabalho em prol de uma Política de Saúde Mental no município: 20 fitas VHS, trabalhos manuscritos, fichas catalogadas, entre outros. Esse material não foi mais encontrado.

Houve, então, um período de instabilidade e retrocesso no serviço. A equipe foi perdendo a sua coesão, muitas restrições foram impostas aos técnicos, que não tiveram mais acesso ao planejamento e aplicação dos recursos financeiros destinados ao CAPS. Com isso, a aquisição de materiais para as oficinas, bem como o financiamento do transporte e da alimentação foram sendo restritos gradativamente. Alguns trabalhadores passaram a integrar as equipes de outros serviços da rede municipal, enquanto recorria-se a contratos emergenciais para a reposição dos recursos humanos. Nesse período, os estágios de psicologia também cessaram. Os grupos terapêuticos e algumas oficinas eram realizados no serviço e a articulação com a rede era incipiente.

Em janeiro de 2006, a Prefeitura Municipal realizou um concurso público com o objetivo de preencher diversos cargos na área da Saúde Mental e demais secretarias, com vagas para assistente social, psicólogo, psiquiatra, psiquiatra infantil, entre outras. Assim, o quadro de pessoal do CAPS Capilé foi substituído na medida em que se encerravam os contratos emergenciais. Os técnicos concursados se mantiveram e os novos concursados foram agregados. Essa nova equipe que se mostrava em acordo com a proposta da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, foi

conhecendo a realidade da Saúde Mental no município, no sentido de pensar sobre suas potencialidades e suas dificuldades. Os trabalhadores conseguiram estabelecer um turno fechado no serviço, com o intuito de promover um espaço coletivo de reuniões, com reflexão sobre as práticas e discussão sobre os modos de atenção e cuidado. Os grupos terapêuticos foram novamente propostos, além dos grupos de familiares. Várias oficinas terapêuticas foram construídas – de artesanato, de expressão corporal e de jardinagem.

A equipe do CAPS Capilé construiu uma proposta de acolhimento do serviço e todos os profissionais passaram a realizar essa prática, ampliando a porta de entrada e o acesso ao serviço. O estágio de Psicologia foi retomado com a Unisinos e a participação dos estagiários passou a contribuir para a problematização das ações em saúde e para a análise de implicação dos trabalhadores. Houve um processo de abertura à rede, no sentido de procurar novas parcerias, além da troca com outros serviços da comunidade e da busca por um maior diálogo intersetorial. No entanto, a escassez de recursos passou a se colocar como um entrave significativo ao trabalho em saúde mental. A permanência de usuários em tratamento intensivo, isto é, com frequência diária ao serviço durante seus dois turnos de funcionamento, que é uma das prerrogativas fundamentais da atenção psicossocial, foi inviabilizada pela indisponibilidade de alimentação, transporte e materiais de consumo para a realização de oficinas terapêuticas. As dificuldades foram se avolumando de tal forma que os próprios técnicos, numa ação de repúdio ao descaso de suas necessidades, decidiram não receber novos usuários, demarcando a falta de condições para um trabalho coerente com a proposta do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

A Associação Capilé de Saúde Mental continuou em atividade até a metade do ano de 2006, momento em que os próprios usuários e trabalhadores foram desistindo do processo. Em 2008, houve uma tentativa de retomar o movimento, o qual foi denominado de “grupo de gestores e gestoras”, com a proposta de promover novos espaços coletivos de discussão acerca das políticas de saúde mental no município, bem como os processos internos do CAPS Capilé. Esse movimento durou cerca de um ano, sendo extinto por falta de participação dos usuários e da equipe. Apesar de sua extinção, alguns usuários continuaram expondo a história da associação, com o desejo de poder retomar esse movimento e suas lutas cotidianas. Essas desistências podem ser atribuídas às dificuldades encontradas entre os trabalhadores no diálogo com a gestão da saúde mental e com a Secretaria de Saúde. Pode-se avaliar que a saúde mental não consistiu, definitivamente, em prioridade para a saúde no município nesse período.

Concomitante a isso, em julho de 2006, o Ambulatório de Atenção à Saúde Mental para a Infância e a Adolescência, denominado na época de Núcleo Infanto-Juvenil, iniciou suas atividades a partir de uma demanda provinda de diversos setores da comunidade, como: Educação, Assistência Social, Juizado da Infância e Adolescência, Conselho Tutelar, rede básica de saúde, entre outros. Os atendimentos iniciaram no mesmo espaço físico do CAPS Capilé e eram realizados por um psiquiatra infantil e dois psicólogos. Estes últimos dividiam suas cargas horárias com os atendimentos realizados no CAPS Capilé, já que inicialmente foram locados neste serviço. Em 2006/2007 acresceram à equipe uma pedagoga, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional, também advindas da equipe do CAPS Capilé e que mantiveram parte de sua carga horária destinada ao serviço de adultos.

Nesse período, eram realizados os acolhimentos aos casos encaminhados pela rede intersetorial, bem como aos filhos dos pacientes do CAPS Capilé, sendo priorizados aqueles que apresentassem um sofrimento psíquico grave. Este critério de inclusão foi estabelecido já que a equipe do Núcleo Infanto-Juvenil era a única no município provendo atenção e cuidados em saúde mental a esse público.

Após o acolhimento, aquelas situações que não indicassem maior gravidade eram redirecionados à rede. Para os que permaneciam no serviço, iniciou-se um plano de tratamento que pudesse envolver, no maior número de casos, a intervenção interdisciplinar. Desse modo, algumas das proposições do funcionamento de um CAPS começavam a se formar: o acolhimento era realizado por todos os técnicos, os grupos terapêuticos eram feitos em duplas, havia reuniões semanais para a discussão dos casos e de processos de trabalho, entre outras ações de cuidado coletivas e interdisciplinares.

A busca pelo atendimento no Núcleo Infanto-Juvenil, a partir de março de 2009, já sinalizava uma demanda crescente na medida em que o serviço tornava-se conhecido e também por inexistir outros dispositivos de atendimentos terapêuticos à infância e à adolescência pelo SUS no município. Muitos eram os esforços da equipe de articulação em rede: discussão de casos, fluxos de atendimentos, espaços de reuniões, visitas institucionais, entre outros. Porém a situação de ainda dividir os mesmos espaços físicos com o CAPS Capilé, não possuir recursos próprios e de, principalmente, não contar com equipe mínima para o credenciamento como CAPS i, dificultava, cada vez mais, a possibilidade de ingresso de novos usuários, bem como limitava as ações intersetoriais. Cabe salientar que este trabalho era realizado mesmo que não houvesse condições estruturais (espaço físico adequado, com disponibilização de salas e espaços próprios ao público

infanto-juvenil, bem como materiais lúdicos e de expediente) e técnicas (recursos humanos) suficientes.

Também em um movimento em paralelo, em maio de 2007, iniciou o atendimento a usuários de álcool e outras drogas em São Leopoldo, quando foram nomeados trabalhadores concursados para compor outra equipe, mas que também atenderia no espaço físico do CAPS Capilé: duas médicas psiquiatras e uma agente administrativa. A equipe apenas participava de reuniões de equipe do CAPS Capilé, com a promessa de se desvincularem para um lugar físico mais apropriado para essa demanda. Em agosto de 2007, agregaram-se à equipe uma enfermeira e uma assistente social, que passaram a realizar os acolhimentos. O atendimento era restrito à consulta médica e, conforme a necessidade, alguns pacientes eram encaminhados para internação na ala psiquiátrica do Hospital Centenário ou em hospitais de Porto Alegre. Em novembro de 2007, a Secretaria Municipal de Saúde realizou um convênio com a Clínica Fênix, em Taquara/RS, para internação dos usuários de drogas com objetivo de desintoxicação.

Um serviço de atendimento à usuários de álcool e outras drogas em espaço físico independente foi inaugurado no dia 17 de janeiro de 2008 com o nome de CAPS AD, porém sem estar regulamentado junto ao Ministério da Saúde, em um imóvel locado na Rua André Rebouças, número 64, ficando conhecido, inicialmente, como Ambulatório AD. A equipe era formada por duas psiquiatras, uma enfermeira e uma agente administrativa. As modalidades de atenção ainda eram o acolhimento e o atendimento médico. No Ambulatório AD, com o objetivo de completar a equipe na tentativa de credenciamento do serviço como CAPS AD, veio a compor a equipe uma terapeuta ocupacional, uma assistente social e uma psicóloga. A partir de então, essa equipe multidisciplinar começou a reestruturar o serviço, com a inclusão do atendimento psicológico, familiar e grupal. Inicialmente foram criados o grupo de familiares e grupos terapêuticos.

Em novembro de 2008, foram nomeados dois técnicos de enfermagem para integrar a equipe do Ambulatório AD. Nesse período, o acolhimento e os grupos foram revistos para se adequarem às necessidades dos pacientes e do serviço. O acolhimento, que até então era individual – o paciente, um familiar e um técnico – passou a ser realizado em grupo, com duplas de técnicos. Foram criados outros grupos: alcoolismo e tabagismo, redução de danos, prevenção à recaída e de adolescentes.

No mesmo período, com a nomeação de trabalhadores concursados, a equipe do Ambulatório Infanto-juvenil foi se consolidando, passando a contar com uma psiquiatra infantil, duas psicólogas, uma assistente social, duas terapeutas ocupacionais, uma enfermeira e um educador físico (que dividia sua carga horária com a Secretaria de Educação). O cuidado em saúde mental passou a se

efetivar de forma cada vez mais integrada e interdisciplinar, possibilitando à equipe realizar acolhimentos, avaliações psicossociais, atendimentos terapêuticos individuais e em grupo, bem como mantendo espaços de trocas nas reuniões de equipe. Diversas foram as tentativas de aproximação com a rede intersetorial, como forma de compartilhar a atenção e os cuidados em saúde mental do público infanto-juvenil.

No início de 2009, foi realizada uma visita da Vigilância Sanitária Estadual ao Ambulatório AD, que inviabilizou o espaço físico para o credenciamento enquanto CAPS AD, devido à falta de banheiros e leitos para desintoxicação. Então, iniciou-se a busca por uma nova sede para o serviço, que culminou com a mudança, em dezembro de 2009, para a Rua Afonso Pena, número 64. A equipe do AD começou a elaborar o projeto terapêutico e a regularizar os itens que faltavam para o credenciamento.

Ao final do mesmo ano, com a mudança do CAPS Capilé e do Ambulatório Infanto-Juvenil para a Rua São Francisco, 807, esses serviços ficaram mais limitados para a realização dos atendimentos. O Ambulatório Infanto-Juvenil passou a atender somente em uma sala. Em julho de 2010, o serviço para crianças e adolescentes permaneceu nesse endereço, com a possibilidade de reconstruir um projeto de trabalho para o credenciamento como CAPS i. Já o CAPS Capilé se mudou para a nova sede, localizada na Rua Brasil, 417, Centro.

Ainda em 2009, a Associação Capilé de Saúde Mental foi novamente retomada para a construção de novas práticas e estratégias que viabilizassem um processo de coletivização e controle social. Trabalhadores e usuários passaram a ser protagonistas dessa construção, com a participação no Conselho de Saúde e no diálogo permanente entre os diferentes atores da Saúde Mental.

No Ambulatório AD, nessa mesma época (2009-2010), a assistente social deixou de compor a equipe e mais uma psicóloga passou a integrá-la, sendo composta por: dois psiquiatras, duas psicólogas, uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional, uma técnica de enfermagem, uma agente administrativa, duas auxiliares de serviços gerais, um guarda municipal e uma estagiária de psicologia. Houve uma ampliação dos atendimentos: acolhimento (individual), atendimento psiquiátrico, psicológico e grupal (grupo de familiares, alcoolismo, motivacional, tabagismo e prevenção à recaída), além do encaminhamento para desintoxicação no Hospital Centenário e/ou Clínica Fênix.

No período de 2006 a 2010, a coordenação da Saúde Mental já havia mudado três vezes. Ao final de 2010, houve a perspectiva da eleição das assessorias institucionais dos serviços (CAPS

Capilé, Ambulatório AD e Ambulatório Infanto-juvenil), bem como do novo diretor. No entanto a eleição não chegou a acontecer naquele momento.

No ano de 2012, finalizou-se o processo de construção coletiva do primeiro Plano de Saúde Mental do município, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde no final desse mesmo ano. O Plano foi construído intersetorialmente, fazendo uma retrospectiva histórica no âmbito da saúde mental de São Leopoldo, descrevendo a situação dos três serviços especializados naquele momento, descritos abaixo, e também fazendo uma série de proposições à rede de saúde mental do município.

O CAPS Capilé contava com uma equipe multiprofissional, de caráter interdisciplinar em suas práticas e o trabalho era realizado coletivamente. A equipe se deparava com uma série de dificuldades, como a falta de recursos materiais para oficinas, poucos recursos para os processos de trabalho, uma demanda excessiva de usuários, provenientes de todas as regiões da cidade. O serviço atendia um número muito acima de usuários daquele preconizado pelo Ministério de Saúde, de 220 usuários para um CAPS II. A articulação com o Hospital Centenário era incipiente, devido a não existência de um fluxo construído entre CAPS e Hospital. Os usuários, por sua vez, encontravam dificuldades para frequentar o serviço, tais como a falta de passagens de ônibus e o não fornecimento da alimentação.

Nesse período, a equipe do CAPS Capilé era composta por: um assessor institucional (40h); uma assistente social (30h); uma enfermeira (30h); três psicólogos (30h); uma terapeuta ocupacional (24h); três estagiários de psicologia (16h); dois médicos psiquiatras (24h); duas técnicas de enfermagem (36h); um agente administrativo II (30h); uma auxiliar de serviços gerais (40h); um guarda municipal (40h). As atividades oferecidas eram: oficinas (crochê, artesanato, dança contemporânea, beleza e jardinagem); grupos terapêuticos e de familiares; assembléia geral; Centro de Atenção Diária (CAD); atendimento individual; atendimento psicológico e psiquiátrico.

Muitos usuários acolhidos no serviço, que não tinham a demanda para realizar um tratamento na atenção especializada, eram encaminhados para a rede. Não havia um fluxo construído de articulações intersetoriais, que somente ocorriam a partir da iniciativa dos próprios trabalhadores do serviço e diversos setores.

No CAPS Capilé eram realizados os encontros da Associação Capilé de Saúde Mental, com a participação de usuários dos três serviços de saúde mental, familiares e trabalhadores. Os integrantes dessa Associação discutiam uma série de questões, como a oficialização da diretoria, o que demandou a organização de uma eleição no mês de maio de 2011, no intuito de ampliar suas ações.

Neste mesmo momento, em 2011, o Ambulatório Infante-Juvenil, dispendo de uma estrutura física independente e com os processos de trabalho alinhados ao preconizado para os CAPS, foi habilitado como CAPS i Aquarela – nome dado a partir de votação entre os usuários – a partir da Resolução 290/2011 da CIB/RS (Comissão Intergestores Bipartite), funcionando na Rua São Francisco, número 807, onde se localiza até o presente momento.

A equipe multiprofissional buscava trabalhar interdisciplinarmente, focalizando suas ações na escuta do sujeito enquanto protagonista de sua história e no fortalecimento dos laços familiares e sociais. Era composta por: um agente administrativo (40h), uma assessora institucional (40h), uma psicóloga (30h), duas terapeutas ocupacionais (24h), uma enfermeira (30h), uma assistente social (30h), um educador físico (30h) (este profissional dividia sua carga horária com a Secretaria de Educação), uma técnica de enfermagem (36h), uma copeira (40h) e uma auxiliar de limpeza (40h).

Os processos de cuidado envolviam o acolhimento (avaliação psicossocial), o atendimento terapêutico (individual e familiar), os grupos terapêuticos, as oficinas terapêuticas, as assembleias, as visitas domiciliares e institucionais, as reuniões de equipe, os seminários de estudos, as atividades intersetoriais, a comemoração de datas festivas e o atendimento psicológico (individual e familiar). Naquele momento, o atendimento psiquiátrico encontrava-se suspenso, devido à falta do profissional desta área para o preenchimento do contrato emergencial em substituição à psiquiatra infantil lotada no serviço.

No tocante às ações intersetoriais, a busca pelo compartilhamento e pela co-responsabilização dos casos vinha se fortalecendo. Havia a discussão das situações encaminhadas ao serviço e das que já se encontravam em atendimento com os mais diversos serviços da rede, principalmente com as escolas estaduais e municipais, os serviços da Assistência Social (CRAS e CREAS), os Conselhos Tutelares, os serviços de acolhimento institucional e a Justiça.

No entanto, não havia apoio matricial às equipes da atenção primária, tampouco uma maior aproximação com o setor da pediatria do Hospital Centenário. Naquele momento, a equipe propunha ações de compartilhamento das situações que envolviam crianças e adolescentes com as equipes do CAPS Capilé e do Ambulatório Álcool e outras Drogas para o desenvolvimento de um cuidado mais integral dos usuários e seus familiares.

O Ambulatório Álcool e outras Drogas atendia usuários com transtornos decorrentes do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas e seus familiares. O atendimento era realizado a qualquer situação que envolvia uso de drogas, desde um uso eventual, como maconha ou álcool pela

primeira vez na adolescência, até um uso abusivo, como crack, álcool e outras drogas. Não se trabalhava com a diretriz de redução de danos para usuários de drogas.

O serviço era composto por uma equipe multiprofissional: uma assessora institucional (40h); dois médicos psiquiatras (24h); uma psicóloga (30h); uma enfermeira (30h); uma assistente social (30h); uma técnica de enfermagem (36h); uma auxiliar administrativa II (30h); duas funcionárias de serviços gerais (40h); um guarda municipal (40h) e uma estagiária de psicologia (8h). A técnica de enfermagem estava em desvio de função, realizando tarefas da área administrativa.

As modalidades de atenção no Ambulatório AD eram: atendimento grupal (familiares; alcoolistas; tabagistas; motivacional; prevenção à recaída), atendimento psicológico (individual, familiar) e atendimento psiquiátrico. É importante ressaltar que esse serviço funcionava de acordo com um Termo de Ajuste de Conduta (TAC), criado para responder às demandas judiciais por avaliação psiquiátrica com vistas à internação em clínica com o fim de desintoxicação. Havia um entendimento equivocado acerca da proposta do Ambulatório AD, como se este fosse um plantão psiquiátrico.

Se necessário, os usuários eram encaminhados para desintoxicação no Hospital Centenário e/ou na Clínica Fênix, em Taquara/RS, com a qual a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSAD) firmou convênio em novembro de 2007, comprando 12 vagas. A partir de janeiro de 2011, o Ambulatório realizava encaminhamento para tratamento em Comunidades Terapêuticas (Fazenda do Senhor Jesus, CT Bom Pastor, RECREO), o que, até então, era viabilizado pela Alta Complexidade da Proteção Social Especial, da Secretaria de Assistência, Cidadania e Inclusão Social (SACIS).

A articulação intersetorial ocorria por meio da participação dos trabalhadores do Ambulatório AD em algumas reuniões sistemáticas de rede: GT de Saúde Mental, Conselho Municipal de Entorpecentes, Grupo de Trabalho de revisão do Termo de Ajuste de Conduta (TAC), inserção no Programa Saúde na Escola (PSE). Em relação aos dados estatísticos, não havia um monitoramento quantitativo e qualitativo do serviço, somente era realizada a contagem das Fichas de Atendimento.

Dessa forma, é importante ressaltar que a Saúde Mental em São Leopoldo era composta por: Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II Capilé), Centro de Atenção Psicossocial da infância e adolescência (CAPSi Aquarela), Ambulatório Álcool e outras Drogas (a ser credenciado como CAPS AD), atendimento psiquiátrico em cinco Centros de Saúde, unidade psiquiátrica no Hospital Centenário (dez leitos para internação), convênio com o Instituto Fênix (12 leitos para desintoxicação) e internação psiquiátrica em Porto Alegre (via Central de Leitos nos hospitais: São Pedro, Espírita, CEDEQUIM).

No final de 2012, em Plenária do Conselho Municipal de Saúde, foi aprovado por unanimidade o Plano Municipal Intersetorial de Saúde Mental. Esse marco foi determinante para o alinhamento das ações de saúde mental do município com as diretrizes da reforma psiquiátrica, das políticas públicas e sociais, especialmente de saúde e saúde mental do SUS. Com esse documento, foi possível reordenar os modos de gestão dos processos de trabalho dos serviços especializados e da rede de saúde mental, propor e implementar novos dispositivos de gestão, atenção e cuidado, instituindo assim, de fato, uma política de saúde mental no município.

Ao final de 2012 e início de 2013, negociou-se com a Gestão Municipal recentemente eleita a implementação de uma das principais propostas do Plano de Saúde Mental, a formação de um Colegiado Gestor de Saúde Mental, composto por um diretor de saúde mental e assessores institucionais de cada um dos serviços especializados, eleitos a partir de assembleia coletiva com a participação dos trabalhadores dos serviços, usuários e familiares. Definiu-se que a eleição deve ocorrer anualmente, de forma participativa e democrática, sendo o diretor de saúde mental eleito por uma assembleia coletiva e os assessores institucionais em assembleias específicas de cada serviço. Os mandatos terão duração de um ano, podendo ocorrer reeleições desde que aprovadas nas Assembleias. Como instância decisória e deliberativa última está colocada a Assembleia Geral de usuários, familiares e trabalhadores.

Em janeiro de 2013, realizou-se a primeira eleição, no CAPSi Aquarela, sendo o Colegiado eleito logo nomeado pelo Secretário Municipal de Saúde. No organograma da Gestão Municipal 2013-2016, ficou definido que o cargo de diretor de saúde mental fosse nomeado como Coordenador de Saúde Mental, e os assessores institucionais como Chefes de Núcleo.

No ano de 2013, as atividades do Colegiado Gestor estiveram voltadas para procura e o estabelecimento do novo espaço físico do CAPS Capilé, na rua Lindolfo Collor, número 834, bem como para qualificação e ampliação das ações dos serviços de Saúde Mental do município, indo ao encontro ao previsto no Plano Municipal Intersetorial de Saúde Mental.

Na época foram solicitadas ao Secretário de Saúde a contratação ou alocação de recursos humanos e materiais para os 3 CAPS, juntamente com a solicitação para que os serviços permanecessem abertos das 8h às 18h, sem fechar ao meio dia, oferecendo alimentação para os usuários que necessitassem permanecer em regime intensivo de tratamento.

Além disso, propostas de ações intersetoriais foram desenvolvidas, como um grupo terapêutico formado por usuários encaminhados do CAPS e da atenção básica, o que acabou não se concretizando, e as primeiras organizações da estratégia de matriciamento. Em 2014, houve um

marco de início do matriciamento no município, neste momento apenas com os técnicos de nível superior da Atenção Básica. Foi articulado junto a essa Coordenação um encontro inicial de sensibilização e explicação sobre no que consistia o matriciamento, sendo realizado uma primeira ação após isso, com discussão de casos.

Em 2013, abriu-se a possibilidade de credenciamento para vagas de internação em Comunidade Terapêutica (CTs). Este credenciamento se mantém aberto e contínuo. As CTs credenciadas, em 2016, são Instituto Vitória, de Taquara (vagas masculino adulto); Usina da Saúde, em Taquara (masculino adulto) e Gravataí (feminino adulto); Corrente do Bem, em Portão (masculino adulto); Centro Novos Horizontes, com unidades em São Leopoldo, Porto Alegre, Arroio dos Ratos e Santo Antônio da Patrulha (adolescentes e adultos, masculino).

No mesmo ano, o Colegiado Gestor articulou junto à UFRGS o início da Residência Integrada em Saúde Mental no município, o que ocorreu em 2014. Abriram-se duas vagas em cada um dos CAPS, formato que se mantém até hoje. Os trabalhadores dos serviços atuam como preceptores.

Em julho de 2013, o município, representado por seu prefeito, aderiu ao Programa Crack é Possível Vencer, um programa que integra ações sistêmicas e integradas nas áreas de segurança, assistência social, educação e direitos humanos, além da saúde. Para a Saúde Mental, ficou prevista a habilitação – e também uma possível construção – de um CAPS AD III e de uma Unidade de Acolhimento Adulto e outra Infanto-Juvenil. Foram pactuados também a habilitação de 20 leitos no Hospital Centenário e 18 vagas de internação em Comunidade Terapêutica. Além disso, na Atenção Básica, ficou prevista a abertura de um Consultório na Rua. Todas essas pactuações ficaram firmadas para serem materializadas ao longo de 2014. Mas, em 2016, apenas as vagas em comunidades terapêuticas estavam implementadas.

Importante salientar que a adesão ao Programa Crack é Possível Vencer não passou por uma decisão técnica do Colegiado Gestor, sendo firmado em nível de Gestão Municipal, a revelia do posicionamento da Coordenação de Saúde Mental. Após isso, foi implementado um Comitê Intersetorial para gestão das ações, que contou com a participação do Colegiado Gestor. Nos anos de 2014, 2015 e 2016, a presença do Colegiado foi fundamental para posicionamentos técnicos em relação ao Programa. Uma dessas defesas foi sobre a construção dos prédios físicos para o CAPS AD III e a Unidade de Acolhimento, evitando que terrenos fora da área central do município fossem destinados para tanto. Foi construído um documento sinalizando que essas estruturas deveriam ser construídas em área central, a fim de facilitar o acesso dos usuários e sua reinserção social, proposta

que foi aceita pelo Ministério da Saúde, que ampliou o prazo para que o município conseguisse encontrar terreno dentro desse perímetro, evitando que um terreno em área periférica fosse destinado à construção. Em 2015 o município recebeu uma notificação do Ministério Público Federal recomendando a implementação dos serviços pactuados no Programa Crack é Possível Vencer. Em 2016, foi construído um relatório – ampliando um documento anterior também elaborado pelo Colegiado em 2014 – indicando a viabilidade financeira das habilitações do CAPS AD III e da Unidade de Acolhimento Adulto, a partir de uma análise financeira da situação dos três CAPS, em termos de custeio do Governo Federal e dos gastos necessários para a manutenção dos serviços, e também de um cenário futuro com a implementação dos novos serviços. Evidenciou-se que enquanto no cenário atual com os três CAPS, com um custeio total do governo federal que gira em torno de R\$118.000,00, gasta-se 80% desses recursos, em um cenário futuro, com os novos serviços, o repasse de custeio total estimado seria de R\$ 208.000,00, com previsão de custos em torno de 60% desse valor, o que comprova o custo-benefício dessa implementação, além da ampliação da rede de cuidado em saúde mental. A autorização para implantação dos serviços foi assinada pelo Prefeito Municipal em junho e o decreto de autorização para contratação de recursos humanos em regime de urgência para compor as equipes do CAPS AD III e da UAA foi publicado pela Câmara de Vereadores nesse mesmo mês.

Em 2014, foi incorporado um assessor administrativo junto ao Colegiado Gestor para dinamizar e agilizar os processos burocráticos-administrativos, responsabilizando-se na construção dos ofícios, projetos básicos, dentre outros. Com isso, objetiva-se facilitar a utilização dos recursos financeiros necessários ao funcionamento dos serviços. Foi também contratualizada a participação de um representante da Associação dos Usuários da Saúde Mental nas reuniões semanais do Colegiado, fortalecendo assim o controle social nesse espaço.

Foi também construída junto ao Conselho Municipal de Saúde uma resolução (Resolução CMS/SL Nº 10/2014) que define que os recursos destinados aos CAPS devem ser de uso exclusivo dos mesmos, e não utilizados em outras áreas e nem mesmo em internações. Porém, mesmo construindo esse marco legal, isso ainda não é garantido, já que muitos contratos foram assinados tendo como rubrica orçamentária – dentro do Fundo Municipal de Saúde – os recursos dos CAPS. Assim, as internações voluntárias são pagas com os recursos dos CAPS, enquanto que as internações judiciais com outro recurso, de fundo específico para casos de judicialização da saúde.

No CAPS Capilé, a carga horária da psiquiatra foi ampliada de 20 para 40 horas, expandindo a capacidade de atendimento psiquiátrico no serviço. O Ambulatório Álcool e Drogas, embora já

denominado como CAPS AD e funcionando com os processos de trabalho alinhados com essa proposta desde o início do Colegiado Gestor, em 2013, foi habilitado em abril de 2014, através da Portaria Nº 298, de 8 de abril, do Ministério da Saúde, passando a receber custeio mensal desde então. Nesse serviço, a reunião de equipe acontecia na quarta-feira de manhã e não coincidia com a reunião dos outros dois CAPS, na terça-feira de manhã. Isso enfraquecia a presença dos seus profissionais na reunião mensal dos três serviços. Sendo assim, a reunião de equipe do CAPS AD foi alterada para terça-feira, permitindo assim a presença de toda a equipe na reunião de rede.

Em 2015, após aproximações e negociações ao longo de 2014, iniciou-se a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental da Unisinos, tendo como campo de práticas em São Leopoldo a Rede de Atenção Psicossocial do Município. O percurso da residência envolve uma familiarização inicial de 45 dias nos três CAPS, dois percursos de 7 meses cada que incluem 20 horas no CAPS de referência de cada residente e mais 20 horas em um outro CAPS, passando ao final dessa trajetória pelos três serviços. A última etapa envolve 4 meses de atuação na Atenção Básica, 1 mês de estágio optativo (podendo ser fora do município) e 1 mês em unidade de internação em saúde mental em hospital geral (também fora do município, devido ao fechamento da Unidade de Saúde Mental do Hospital Centenário). No total, são 10 vagas em São Leopoldo, sendo abertas cinco a cada ano, nas especialidades de enfermagem, nutrição, psicologia e serviço social.

A inserção da residência da Unisinos nos CAPS trouxe significativo impacto positivo à saúde mental, já que são profissionais que ficam 40 horas semanais nos serviços. Fica evidente, a partir disso, uma ampliação da capacidade de atendimento aos usuários, em todas as modalidades (acolhimento, atendimentos individuais de referência e de núcleo, grupos, oficinas, Centro de Atenção Diária – CAD/Convivência) e um fomento à Educação Permanente, a partir da aproximação entre ensino e serviço nos espaços de tutoria/preceptoria e também nos de reunião de equipe e dos três serviços.

Nesse mesmo ano, o matriciamento foi expandido, sendo iniciado em uma Unidade Básica de Saúde, junto à Estratégia de Saúde da Família Brás II. A microequipe de matriciamento é formada por profissionais de diferentes serviços e residentes.

O Colegiado Gestor organizou também o Ambulatório de Psicologia, no Centro de Especialidades Médicas Capilé, formado por duas profissionais, com fluxo de trabalho claro e definido, que inclui 10 acolhimentos semanais, mais atendimentos individuais e em grupo. Além disso, organizou-se a carga horária das psicólogas que atuam no planejamento familiar, lotadas na UBS Rio Branco.

Outro processo importante conduzido pelo Colegiado Gestor que aconteceu em 2015 foi a reorganização dos fluxos entre os CAPS AD e Capilé e o Poder Judiciário, especialmente Defensoria Pública e Vara da Família. Anteriormente, após solicitações da família, eram emitidos diretamente mandados judiciais de busca e apreensão para avaliação compulsória com psiquiatra, o que é realizado nos CAPS devido à falta de outros profissionais para executarem isso na rede. Após isso, quando necessário, são encaminhados para internação, o que acontece na maioria dos casos. No novo fluxo, todos os casos são inicialmente encaminhados aos CAPS para uma avaliação psicossocial, tentando construir através de busca ativa a sensibilização do usuário para tratamento. Essa avaliação tem 30 dias para ser realizada e deve ser respondida, ao término, para a área judicial solicitante. Esse fluxo evita a judicialização dos casos e as internações desnecessárias, diminuindo-as em cerca de 70%. Além disso, a aproximação ao usuário no território o convida para uma responsabilização por seu cuidado, o que tem resultado na maioria dos casos em ida voluntária para tratamento.

As internações via avaliação judicial compulsória são involuntárias e por isso precisam acontecer em locais onde não há risco de fuga. Para atender tal exigência, o município compra vagas em clínicas privadas para esse tipos de internação. Desde 2013, o município mantém convênio com a clínica Libertad, em Alvorada, especialmente para esses casos judiciais. Assim, além da ineficácia da maioria dessas intervenções compulsórias junto aos usuários de crack, álcool e outras drogas, o município tinha um custo alto com a compra dessas vagas, o que foi também reduzido em cerca de 70% após esse novo fluxo. Um novo credenciamento também foi aberto em 2015, com valor menor que o anterior, tentando habilitar outros locais com unidades de desintoxicação de curta permanência para esses casos. Uma outra instituição, Centro Novos Horizontes, credenciou-se até o momento, recebendo os casos judiciais masculinos. Os casos judiciais femininos e os casos judiciais mais graves (com um quadro psicótico ou risco de auto e heteroagressão) são ainda mantidos com a Clínica Libertad, por ser habilitada para casos de maior complexidade.

Ainda em 2015, foi realizada a 8ª Conferência Municipal de Saúde São Leopoldo, com participação direta do Colegiado Gestor e das residentes da Unisinos na organização e operacionalização do evento, conduzido pelo Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) e Conselho Municipal de Saúde.

Em 2015, o CAPSi Aquarela conseguiu contratação emergencial de psiquiatra infantil, sanando assim o problema da falta desse profissional, ausente por quase um ano. Neste mesmo ano, a equipe mínima do CAPS AD foi completada, após algumas saídas, com o ingresso de uma psicóloga, uma assistente social e uma agente administrativa, além de dois estagiários para a recepção. O

serviço também mudou de endereço, já planejando uma futura ampliação para CAPS AD III, indo para uma casa com espaço físico maior que a anterior. Está situado na rua Saturnino de Brito, número 68.

Um importante prejuízo foi ocasionado pelo fechamento dos leitos de saúde mental do Hospital Centenário (HC), entre outubro e novembro de 2015, a fim de redução de custos, com a promessa de reabertura da unidade após reforma física e habilitação dos leitos. Essa reforma física foi organizada pelo próprio Colegiado Gestor, em 2014. Por contar com psiquiatras em seu quadro técnico, o HC foi mantido como serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A contratação de empresa para realização da reforma foi homologada na publicação Nº 1797 de 05 de maio de 2016 do Diário Oficial dos Municípios do Estado do Rio Grande do Sul.

Um contorno a essa situação foi dado a partir da destinação de 5 leitos de saúde mental no Hospital de Portão aos CAPS. Importante salientar que conforme a normativa da Comissão Intergestores Regional (CIR) que regulamenta esses leitos (Resolução Nº 158/2012 CIR 1ª RS – Comissão Intergestores Regional da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde), eles não são destinados ao município de São Leopoldo, mas aos CAPS, que fazem regulação através de uma Central Municipal de Leitos em Saúde Mental, organizada pelo Colegiado Gestor.

Um fluxograma da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) municipal também foi construído, indicando os fluxos de saúde mental, o que se tornou ainda mais necessário após os fechamentos dos leitos de saúde mental do Hospital Centenário, a fim de reafirmar a referência hospitalar deste na rede de saúde mental. Tal documento foi apresentado ao Ministério Público, que mediou o fechamento temporário dos leitos, exigindo comprovação de que essa demanda continuaria sendo atendida pelo município.

Em 2016, o matriciamento se expande, passando a acontecer em outras unidades de saúde que possuem Estratégias de Saúde da Família (ESF): Cohab Feitoria, atendendo três equipes de ESF; Rio dos Sinos; e Brás, duas equipes.

Embora tenham sido muitos os avanços desde o primeiro Plano de Saúde Mental do município e da implementação do Colegiado Gestor, diversos entraves dificultam avanços na RAPS, na gestão dos CAPS e na ampliação e qualificação do cuidado dos usuários de Saúde Mental. Entre esses entraves, destacam-se: a morosidade no andamento dos processos administrativos junto à SEMSAD, dada a vinculação orçamentária desta à Secretaria da Fazenda, o que burocratiza

excessivamente muitos processos. Assim, são comuns demoras em processos de licitação, de compra de alimentação para os CAPS e de avanços de projeto da saúde mental de uma maneira geral.

A falta de autonomia no uso dos recursos também é outro ponto fundamental, que dificulta a ampliação da rede e dos funcionamentos dos três CAPS. Mesmo que os serviços recebam custeio mensal federal, não há autonomia do Colegiado na gestão desses recursos. Assim, são comuns atrasos e cortes de telefone, no pagamento dos alugueis, na compra de materiais para as oficinas e nas refeições disponibilizadas pelos CAPS, embora se tenha dotação orçamentária para tanto. Esses gastos não são tratados de maneira específica por ter verba garantida para tanto, mas sim dentro de um fundo único da saúde. Assim, o próprio dinheiro do recurso federal dos CAPS é utilizado nesse fundo único, e os atrasos nesses pagamentos são decorrentes da falta de recursos do município, embora exista verba específica para isso, que deveria ser reservada apenas para tal fim. O que acontece é que há um descompasso entre o dinheiro em caixa para uso da saúde mental e o que há na previsão orçamentária. Isso dificulta enormemente as ações de custeio mensal dos serviços e de planejamento de expansão da RAPS.

Outro ponto problemático é a falta de veículo para realização de visitas domiciliares, busca ativa, avaliações psicossociais, articulações institucionais, matriciamento, capacitações em outros municípios e encaminhamento para internação. Em 2015 e 2016, o carro esteve disponível para os três CAPS em apenas dois turnos semanais, nas terças e quartas à tarde, atrasando e inviabilizando muitas atividades e atendimentos.

No que diz respeito às condições e às relações de trabalho, o atraso dos salários ao longo de 2014 e 2015, as dificuldades nas negociações por reajuste e as conseqüentes paralisações e greve dos servidores nesse período são outro aspecto que trazem prejuízo aos serviços, especialmente aos usuários, já que o CAPS funcionou em alguns momentos com apenas 30% de suas atividades, conforme orientação do sindicato municipal. A precarização dos serviços públicos em São Leopoldo acaba desmobilizando o funcionalismo, interferindo negativamente no funcionamento dos serviços.

Nesse sentido, tendo em vista o processo histórico da saúde mental de São Leopoldo, marcado por lutas, resistências e dificuldades, demonstra-se a necessidade da implementação das propostas deste Plano Municipal de Saúde Mental, em consonância com a Política Nacional e Estadual de Saúde Mental, com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, para a efetivação de ações de atenção e cuidados dos usuários e dos trabalhadores em rede intersetorial de forma descentralizada e territorializada.

3) A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

A Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 instituiu a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. A finalidade da RAPS é ampliar e articular os pontos de atenção à saúde, garantindo a autonomia do usuário, o acesso e a qualidade dos serviços, a diversificação das estratégias de cuidado, a ênfase na base territorial e comunitária, o desenvolvimento das estratégias de redução de danos e a primazia do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Com isso, objetiva-se ampliar o acesso da população à atenção psicossocial e garantir a articulação e integração da rede de saúde.

A RAPS é constituída pela A) Atenção Básica (AB), formada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelas equipes para populações específicas (Consultório na Rua e Equipe de apoio aos serviços do componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Convivência; B) atenção psicossocial especializada, constituída pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III, CAPS i); Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192, UPA 24 horas, Urgências e Pronto-Socorros); Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento (UA), Serviços de Atenção em Regime Residencial – Comunidades Terapêuticas); Atenção Hospitalar (hospital geral de referência, leitos em saúde mental); Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa); e Reabilitação Psicossocial.

Além disso, a rede deve funcionar de forma intersetorial ao incluir ações conjuntas com as demais políticas públicas, como a Educação, Cultura, Transporte, Lazer, Esporte, Trabalho, Assistência Social, Segurança Pública, Habitação, Justiça e Direitos, dentre outras.

A) Atenção Básica

Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A atenção básica se materializa, dentre outros dispositivos, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que possuem território definido de ação onde são responsáveis pela atenção à saúde. As UBS podem ter Equipes de Saúde da Família (ESF), que incluem médicos e enfermeiros da família, técnicos de enfermagem, profissionais da saúde bucal e agentes comunitários de saúde.

Em São Leopoldo, existem 20 UBS, 13 delas com ESF unidades (referenciadas para 4.000 pessoas), com 22,7% de cobertura do território do município, a partir dos dados populacionais do CENSO do IBGE de 2015 (população total de 228.370), mais 1 posto de saúde.

Segue abaixo quadro com nomes UBS e ESF (quando existente), conforme região de abrangência:

Centro - UBS Materno-Infantil

Leste - UBS/ESF Cohab Feitoria, UBS Feitoria Imigrante

Norte - UBS Baum, UBS Campestre, UBS Scharlau, UBS/ESF Parque Mauá, Posto de Saúde Santa Marta/Tancredo Neves

Nordeste - UBS/ESF Brás, UBS Padre Orestes, UBS/ESF Rio dos Sinos, UBS/ESF Santos Dumont

Oeste - UBS Paim, UBS/ESF Vicentina/Paulo Couto

Sudeste - UBS Rio Branco, UBS/ESF Santo André, UBS São Cristóvão, UBS Pinheiro

Sul - UBS/ESF Cohab Duque, UBS Jardim América, UBS/ESF Trensurb

Planejamento de Ações e Estratégias de Saúde Mental na Atenção Básica

1) Apoio Matricial

O apoio matricial é realizado atualmente por um trio de trabalhadores e/ou residentes em saúde mental dos CAPS, sendo composto idealmente por um representante de cada serviço. Os encontros acontecem uma vez por mês, na terceira semana, a fim de que os casos discutidos, quando necessário, sejam encaminhados para a reunião de rede de saúde mental, que acontece na quarta semana do mês.

Os encontros entre a equipe matriciadora e a equipe de referência acontecem nas UBS/ESF, nos horários de reunião de equipe. É previsto que todos os profissionais das equipes participem desse momento, que costuma durar entre 1 e 2 horas. De início, o apoio matricial ocorrerá nas equipes de ESF, com previsão de expansão para as UBS.

O apoio matricial envolve a discussão de casos, problematizando as situações e oferecendo suporte à equipe para o cuidado e o acompanhamento dos casos, qualificando sua capacidade de escuta e intervenção; elaboração de estratégias conjuntas de ação, como visitas domiciliares realizadas entre matriciadores e equipe de referência; e encaminhamentos aos serviços especializados, quando necessário. Com isso, busca-se superar a lógica dos encaminhamentos, da não responsabilização e da ênfase nos especialismos, apostando no trabalho em rede e numa lógica antimanicomial de atuação.

É previsto no município de São Leopoldo a implementação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que será co-responsável pelo matriciamento na Atenção Básica, em articulação com os CAPS.

Ação

Prosseguir e ampliar o Apoio Matricial pelos CAPS às equipes da Atenção Básica, alcançando 100% de cobertura.

Estratégia

Organizar os horários de cada trabalhador dos CAPS de modo que cada um possa ter um turno disponível no mês para participar das ações de apoio matricial.

2) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Em São Leopoldo a criação do NASF foi aprovada na plenária do Conselho Municipal de Saúde do dia 27 de agosto de 2008. A equipe de elaboração do primeiro Plano Municipal Intersetorial de Saúde Mental buscou junto ao CMS e à Secretaria Municipal de Saúde uma cópia do projeto que fora aprovado na plenária citada, sendo informado que não há registro da proposta apresentada e aprovada. As únicas informações disponíveis são as que constam na ata de aprovação da proposta. Neste documento, afirma-se que São Leopoldo deverá, de acordo com a Portaria 154 do Governo Federal, de janeiro de 2008, implantar um NASF 1, que será responsável pelo apoio matricial a 8 equipes de ESF. Esta equipe será composta pelos seguintes profissionais: assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e psicólogo. A escolha dessa composição deu-se por meio de enquete realizada junto às equipes de ESF, as quais indicaram a necessidade da presença também de profissionais educadores físicos e homeopatas.

Em 2014, esse projeto foi reformulado e reenviado ao Ministério da Saúde, sendo aprovado, mas sem previsão de recurso orçamentário. Foi feita uma reformulação da equipe, incluindo-se dois médicos, e substituindo fisioterapeuta por educador físico, a fim de aproveitar os recursos humanos já existentes no quadro do município.

Ação

Implementar no município equipe de Núcleo de Apoio à Saúde Família (NASF), que se tornará corresponsável pelas ações de matriciamento na Atenção Básica, juntamente com os CAPS.

Estratégia

Articular junto ao Ministério da Saúde o recurso do incentivo, para implantação do NASF.

3) Equipes de Atenção Básica para populações específicas - Consultório na Rua

As equipes de Consultório na Rua (eCR) devem atuar de forma itinerante, articuladas ao território e às redes de saúde e de outras políticas, em especial a assistência social, com equipes multiprofissionais que lidam com os diferentes problemas e necessidades das pessoas em situação de rua. Existem diferentes modalidades conforme configuração das equipes.

O serviço deve dispor de um meio para prover o deslocamento da equipe e dos materiais necessários à realização das ações, como insumos para tratamento de situações clínicas comuns, preservativos e material informativo. O veículo tem a função de se constituir como referência para os usuários, apresentando identificação institucional.

Dentro do Programa Crack é Possível Vencer, o município pactuou a implantação do Consultório na Rua, porém ainda não efetivado.

Ação

Implementar o Consultório na Rua no município.

Estratégias

- Construir um projeto para implantação do Consultório na Rua, articulado entre Diretoria de Atenção Básica e Colegiado Gestor de Saúde Mental, detalhando o projeto de implantação e características previstas de funcionamento, aprovando-o junto à gestão municipal.
- Viabilizar unidade de referência para Consultório na Rua, preferencialmente a UBS/ESF Rio do Sinos, próxima ao centro da cidade, ao CentroPop e ao Albergue Municipal. Para tanto, a unidade deve ser ampliada.
- Iniciar o processo de implementação, que inclui o pedido de incentivo junto ao Ministério da Saúde, a contratação de recursos humanos e a viabilização dos equipamentos necessários (veículo, insumos, etc.).

4) Centros de Convivência

Os Centros de Convivência são dispositivos públicos que compõem a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. Estes Centros, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade, facilitam a construção de laços sociais e a inclusão dos diversos públicos que habitam um território: crianças, adolescentes, adultos, idosos, pessoas com deficiência, pessoas com transtornos mentais, pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O valor estratégico e a vocação destes Centros para

efetivar a inclusão social residem no fato de serem equipamentos concebidos fundamentalmente no campo da transversalidade, e não exclusivamente no campo da saúde. Os Centros de Convivência não são, portanto, equipamentos assistenciais e tampouco realizam atendimento médico ou terapêutico. São dispositivos públicos que se oferecem para as pessoas e para o seu território como espaços de articulação com a vida cotidiana.

Os centros de convivência podem estar atrelados às academias de saúde, nas quais são previstas ações de promoção da saúde, em espaço físico adequado e com profissionais aptos para a realização das atividades. No município, há previsão da construção de uma academia de saúde na UBS/ESF Cohab Feitoria, onde pode ser implantado conjuntamente o primeiro centro de convivência de São Leopoldo.

Ação

Implementar Centros de Convivência no município.

Estratégias

- Construir um projeto para implantação de Centros de Convivência, articulado entre Diretoria de Atenção Básica, Colegiado Gestor de Saúde Mental e outras secretarias, detalhando no que consistem as ações previstas, aprovando o projeto junto ao gestor municipal.
- Articular os Centros de Convivência as Academias de Saúde.
- Iniciar o processo de implementação, que inclui o pedido de incentivo junto ao Ministério da Saúde, a contratação de recursos humanos e a viabilização dos equipamentos necessários (veículo, insumos, etc.).

B) Atenção Psicossocial Especializada

A atenção psicossocial especializada é constituída pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades. Na Rede de Atenção Psicossocial de São Leopoldo, existem três CAPS: CAPS II Capilé, CAPS AD e CAPS i Aquarela.

O CAPS II Capilé se localiza na rua Lindolfo Collor 834, funcionando das 8 às 18 horas. Atualmente, a equipe é composta por: 1 agente administrativo III (40 horas), 2 agentes administrativos II (40 horas), 3 auxiliar de serviços gerais (40 horas), 3 assistentes sociais (30 horas), 1 enfermeira (30 horas), 1 guarda municipal (40 horas), 1 médica psiquiatra (40 horas), 2 psicólogos (30 horas), 2 técnicos de enfermagem (36 horas), 1 terapeuta ocupacional (24 horas), sendo que um trabalhador ocupa a posição de chefe de núcleo a cada ano. Salienta-se que o CAPS Capilé é campo

de formação para estágios nas áreas de serviço social, enfermagem e psicologia; e residentes multiprofissionais.

O CAPS AD se localiza na rua Saturnino de Brito 68, atendendo das 8 às 18 horas. A equipe é composta por: 1 agente administrativo III (40 horas), 1 atendente social (40 horas), 1 auxiliar de serviços gerais (40 horas), 2 assistentes sociais (30 horas), 1 enfermeira (30 horas), 2 estagiários extra-curriculares (30 horas), 1 guarda municipal (40 horas), 1 médica psiquiatra (24 horas), 1 médico clínico geral (4 horas), 2 psicólogos (30 horas), 2 técnicos de enfermagem (36 horas), 1 terapeuta ocupacional (24 horas), sendo que um trabalhador ocupa a posição de chefe de núcleo a cada ano. O CAPS AD é campo de formação para estágio em psicologia e cenário de prática para residência multiprofissional.

Já o CAPS i Aquarela também funciona das 8 às 18 horas, situado na rua São Francisco 807, sendo a equipe composta por: 1 auxiliar de serviços gerais (40 horas), 2 assistentes sociais (30 horas), 2 atendentes sociais (40 horas), 1 educador físico (30 horas), 1 enfermeira (30 horas), 2 estagiários extra-curriculares, 1 médica psiquiatra (24 horas), 1 psicólogo (30 horas), 1 técnica de enfermagem (36 horas), 2 terapeutas ocupacionais (24 horas), sendo que um trabalhador ocupa a posição de chefe de núcleo a cada ano. O CAPS i Aquarela é campo de prática para residência multiprofissional. Salienta-se que o vínculo da médica psiquiátrica é via contrato emergencial, precisando ser revisto a cada ano.

Planejamento de Ações e Estratégias de Saúde Mental na Atenção Psicossocial Especializada

1) CAPS Capilé

Ação

Garantir a contínua qualificação do CAPS II Capilé e assegurar funcionamento conforme preconizações do SUS, saúde mental e reforma psiquiátrica.

Estratégias

- Manter equipe mínima necessária ao funcionamento de CAPS II, a fim da contínua qualificação e também acréscimo de profissionais para expansão das atividades.
- Trabalhar com um número de 220 usuários ativos. Estabelecer o máximo de 30 pacientes por turno, com no máximo 45 pacientes dia, conforme preconiza a Portaria 336/2002.

2) CAPS AD

Ação

- Ampliar e integrar a participação dos médicos clínico e psiquiátrico nas ações de cuidado compartilhado dos usuários.

Estratégias

- Buscar e garantir a participação dos médicos na reunião de equipe;
- Ampliar a carga horária do médico clínico para 20 horas semanais, garantindo um turno exclusivo para a reunião de equipe.

3) CAPS i

Ação

Garantir o efetivo funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) conforme as diretrizes do Ministério da Saúde.

Estratégias

- Garantir que a equipe mínima seja formada por servidores estatutários;
- Incluir na equipe mínima psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em infância/adolescência; que seja servidor estatutário e que participe dos processos de trabalho do serviço, incluindo a reunião de equipe;
- Garantir a continuidade da manutenção da totalidade da carga horária do Educador Físico (40hs) no CAPSi;
- Obter o serviço da guarda municipal integralmente, durante todo o período em que o serviço estiver aberto, sendo preferencialmente um guarda fixo, para que possa estabelecer relações e vínculos com a equipe, usuários e familiares.

4) Fluxo AD-i

- Co-responsabilização entre CAPSi e CAPSad no acolhimento, na avaliação psicossocial e na construção do Projeto Terapêutico Singular no caso de adolescentes em uso e/ou abuso de álcool e outras drogas. O acolhimento se dará inicialmente pela idade, porém não sendo este um critério definitivo. Usuários com mais de 15 anos farão acolhimento no CAPS AD e com menos idade no CAPS i. Após esta avaliação, que incluirá a família e o adolescente, a discussão do plano terapêutico singular e/os encaminhamentos necessários serão discutidos em parceria entre os dois serviços e a rede intersetorial.

5) Alimentação

Conforme a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, os usuários assistidos pelos CAPS deverão receber em um turno (04 horas) uma refeição diária, e os assistidos em dois turnos (08 horas) deverão receber duas refeições diárias.

Ação

Garantir a manutenção da alimentação para os usuários.

Estratégias

- Garantir o contínuo avanço do Colegiado Gestor em termos de planejamento, evitando a descontinuidade da alimentação;
- Garantir a aproximação junto à SEMSAD, cobrando prazos e tendo um processo de trabalho mais próximo e alinhado, agilizando as etapas burocráticas e administrativas, especialmente o pagamento em dia dos fornecedores.

6) Educação Permanente

O processo de trabalho é o objeto de transformação da Educação Permanente, que tem como objetivo melhorar a qualidade dos serviços prestados em saúde, tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população, a partir da reflexão sobre a realidade dos serviços e das suas necessidades, para que assim sejam (re)formuladas estratégias que ajudem a solucionar estes problemas. A Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Além da qualificação do trabalho, a educação permanente se relaciona também à saúde do trabalhador.

Ação

Promover e legitimar ações de educação permanente aos profissionais, estagiários e residentes, entendendo a importância da qualificação dos atores envolvidos no trabalho em saúde mental.

Estratégias

- Promover ações de educação permanente às equipes dos CAPS do município, utilizando os espaços de reunião de equipe e de rede para tanto;
- Integrar essas ações à rede de atenção psicossocial;
- Realizar seminários, com discussões teóricas de temas específicos de cada serviço, com temáticas que incluam princípios do SUS e assuntos relacionados à saúde mental;
- Garantir liberação de carga horária e o custeio do município, através dos recursos da saúde mental, via Colegiado Gestor, para eventos externos de educação permanente;

- Constituir um calendário anual de atividades de capacitação e qualificação;
- Articular estratégias junto às universidades, especialmente via estágios e residências.
- Viabilizar supervisão clínico-institucional para as equipes e os trabalhadores de saúde mental.

7) Veículo

Os cuidados em saúde mental devem ser pensados de maneira ampliada, podendo acontecer nos diferentes espaços onde a vida acontece, inclusive na casa das pessoas, quando necessário. As ações realizadas pelos trabalhadores dos CAPS devem abranger as diferentes frentes de cuidado possíveis, sendo assim necessária a articulação entre as redes existentes no município e a promoção do cuidado no território. Para um trabalho em saúde mental qualificado, que abranja outros espaços para além dos CAPS, é imprescindível a disponibilidade de veículo e motorista para tal fim.

Ação

Garantir veículo próprio para a realização de visitas domiciliares, visitas institucionais, participação dos trabalhadores nas reuniões de redes socioassistenciais e eventos de educação permanente em outros municípios, assim como para realização do apoio matricial, entre outras atividades na comunidade.

Estratégias

- Adquirir um veículo próprio para os CAPS do município, destinados exclusivamente para tal fim;
- Nomear um motorista exclusivo para os CAPS.

8) Acesso

O acesso aos serviços de saúde é um questão multidimensional envolvendo aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos no que diz respeito ao cuidado na sua integralidade. No caminho da Universalização, segundo pressuposto base do SUS, compreende-se que é necessário a garantia do acesso à população referenciada aos CAPS, conforme o que foi pactuado em seu Projeto Terapêutico Singular, sendo assim promovido acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde.

Atualmente os CAPS do município estão localizados na região central da cidade, o que exige que a população que habita as regiões mais periféricas do município tenha que se deslocar até o centro, precisando existir, portanto, ações que busquem facilitar esse acesso .

Ação

Garantir meio de transporte para os usuários se deslocarem para as atividades previstas em seu Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Estratégia

- Atualizar o fornecimento sistemático de transporte/passagens; ou garantir isenção para os usuários dos serviços de saúde mental, através de criação de Lei Municipal.

9) Autonomia na Gestão dos recursos financeiros

Os CAPS recebem custeio mensal federal e estadual. Do Ministério da Saúde, em 2016, o valor recebido mensal de custeio é em média de R\$ 108.000, mais R\$ 12.000 do governo do Estado do Rio Grande do Sul. Este valor compõe uma dotação orçamentária anual, que prevê os valores recebidos e gradualmente vai descontando os valores gastos/investidos. Porém, a Secretaria de Saúde, ao longo da Gestão Municipal 2013-2016, utiliza o dinheiro recebido pela saúde mental em outras despesas, não sendo equivalente o que há em conta com os valores recebidos mensalmente pelo município. Ou seja, o Colegiado Gestor pode fazer a gestão da dotação, mas não do dinheiro real em conta. Isso faz com que existam atrasos nos pagamentos de alugueis, telefones, fornecedores da alimentação e comunidades terapêuticas conveniadas, ocasionando diversos transtornos para o funcionamento dos CAPS. Por isso, seria importante que além da gestão da dotação, esse dinheiro recebido pudesse permanecer reservado em conta para as despesas da saúde mental, permitindo uma melhor gestão e controle dos recursos e serviços.

Ação

Conquistar autonomia na gestão dos recursos financeiros, garantindo que o recurso financeiro fique em conta específica, só utilizada realmente para as despesas do CAPS, permitindo que a dotação prevista do financiamento mensal equivalha ao valor presente na conta.

Estratégias

- Solicitar colaboração do conselho municipal de saúde para alcançar tal objetivo;
- Buscar contínua aproximação e alinhamento na Secretaria de Saúde e com a Secretaria da Fazenda e Gestão municipal.

10) Trabalho em Rede Intra e Intersetorial

A saúde mental se dá tanto dentro da rede do SUS como também de outras políticas, entendendo saúde como um conjunto de fatores condicionantes, que expressa a organização social e econômica de um país, conforme a Lei 8.080. Assim, torna-se importante o alinhamento com os

serviços da rede intrasetorial e também de outras políticas e serviços, qualificando o cuidado e a atenção em saúde mental em rede ampliada.

Ação

Garantir a aproximação contínua com os outros serviços do SUS, nos diferentes níveis de atenção, promovendo a atenção e o cuidado integral à saúde, bem como com a rede intersetorial, para a construção de processos de trabalho, discussão de casos e busca por ações conjuntas.

Estratégias

- Organizar encontros sistemáticos com os serviços que têm interface com os CAPS, como os da Assistência Social (CREAS, CRAS, CentroPop, Albergue), de Universidades (Unisinos-PAAS);
- Realizar visitas institucionais para fortalecer essas parcerias interinstitucionais;
- Garantir a participação dos trabalhadores dos CAPS nas reuniões socioassistenciais do município, que são organizadas conforme as redes geográficas (centro-sul-sudeste, norte, oeste, leste e nordeste).

11) Implementação de novas atividades

Ação

Implementar práticas sistemáticas de atividades integrativas/artísticas/vivenciais/corporais, realizadas nos serviços especializados e/ou fora deles.

Estratégias

- Abrir edital específico para a área de saúde mental, prevendo a contratação de recursos humanos, preferencialmente oficinairos;
- Garantir aquisição dos materiais necessários para a realização das práticas/vivências, através de recurso financeiro próprio da saúde mental.
- Construir parcerias com serviços e profissionais da rede que já realizam essas atividades;
- Realizar atividades articuladas entre os CAPS, integrando os usuários dos serviços;
- Promover protagonismo e autonomia dos usuários para participarem dos processos de organização e realização das atividades.

12) CAPS AD III

Em julho de 2013, o município, representado pelo seu prefeito, em um plano intersetorial, aderiu ao Programa Crack é possível vencer, sendo previsto no eixo saúde, entre outras ações, a implementação do CAPS AD III, transformando o CAPS AD II em III. Os Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS) do tipo III são aqueles que funcionam 24 horas por dia, comportando regime de internação/permanência, seguindo as regulamentações das portarias do Ministério da Saúde 336/2002 (que regulamenta os funcionamentos do CAPS) e 130/2012 (que define especificamente sobre o funcionamento dos CAPS AD III). Ao longo de 2016, ficou aprovado na Câmara Municipal de Vereadores a contratação em regime emergencial dos recursos humanos. Em julho desse mesmo ano foi solicitado incentivo financeiro junto ao Ministério da Saúde.

Ação

Transformação/qualificação do CAPS AD II em CAPS AD III.

Estratégias

- Aprovação junto à gestão municipal para implementação do CAPS AD III;
- Aprovação junto à Câmara Municipal de Vereadores para contratação em regime emergencial de recursos humanos para abertura do serviço;
- Solicitação de incentivo junto ao Ministério da Saúde;
- Abertura de edital para contratação emergencial dos profissionais faltantes para a composição da equipe mínima prevista em legislação;
- Posteriormente, abrir concurso público para preenchimento dessas vagas;
- Abertura de pregão para compra de móveis e utensílios necessários para a transformação/qualificação, custeados pelos recursos destinados diretamente à ampliação pelo Governo Federal;
- Abertura do serviço e solicitação de habilitação.

13) CAPS II

A justificativa para a existência de outro CAPS II no município é decorrente da grande demanda de usuários em sofrimento psíquico grave que se encontram, atualmente, sem atendimento. De acordo com as diretrizes deste Plano, condizentes com os princípios do SUS, salienta-se a garantia do acesso universal e da integralidade do cuidado. Desse modo, a implantação de outro CAPS II poderá garantir a efetivação dessas diretrizes.

Ação

Implantar um Centro de Atenção Psicossocial II, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde, de forma regionalizada no município.

Estratégia

- Garantir que o CAPS II seja regionalizado, com localização estabelecida conforme discussão e avaliação criteriosa da gestão, do coletivo de trabalhadores em saúde mental, do Conselho de Saúde, dos usuários e dos demais trabalhadores da rede. Que cada CAPS do município possa ter assim uma área geográfica e populacional de referência;

14) Ambulatório de Saúde Mental

Atualmente existem no município de São Leopoldo 7 psiquiatras. Três deles trabalham no Hospital Centenário; dois atuam nos CAPS (CAPS AD e CAPS Capilé), já que no CAPS i é contratado; e dois no Centro Médico Capilé, que não atendem crianças e adolescentes. Esse baixo número de especialistas faz com que os CAPS sejam sobrecarregados, especialmente na área da infância e adolescência, tendo em vista a dificuldade para avaliação psiquiatra na rede. Portanto, seria importante que houvesse um serviço integrado com profissionais de saúde mental, incluindo psiquiatras e psicólogos, a partir de uma ampliação do Ambulatório de Psicologia já existente, e que funciona hoje com duas psicólogas, para um ambulatório de saúde mental, referenciado ao Colegiado Gestor de Saúde Mental, e não ao Centro Médico Capilé, como está organizado atualmente.

Ação

- Implantar Ambulatório de Saúde Mental

Estratégias

- Constituir uma equipe de saúde mental, incluindo os psiquiatras e psicólogos que já atuam no Centro Médico Capilé, agregando outros profissionais dessas especialidades, via concurso público ou contratação, para o atendimento ambulatorial na rede de saúde, incluindo crianças e adolescentes e usuários de crack, álcool e outras drogas.

C) Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192, UPA 24 horas, Urgências e Pronto-Socorros)

O papel da Atenção de Urgência e Emergência dentro da RAPS é garantir o atendimento às urgências, chegando precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde, incluindo as demandas de saúde mental, no caso do Samu 192; e também de assegurar o pronto atendimento através do acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool

e outras drogas, como são os casos da Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24 horas, Urgências e Pronto-Socorros.

UPA 24 horas

A UPA 24 horas de São Leopoldo foi implantada em 2016, no bairro Scharlau, atendendo situações de emergência de todo o município.

Hospital Centenário

Atualmente, no município de São Leopoldo, a atenção de urgência e emergência em saúde mental acontece no Hospital Centenário, que é uma unidade clínica geral. A porta de entrada para atendimento é o setor de emergência, que possui um protocolo de acolhimento, no qual todos os pacientes passam pelo processo de triagem e avaliação clínica. Havendo a necessidade de avaliação psiquiátrica, esta é realizada e o profissional responsável procede os devidos encaminhamentos. No momento, como o Hospital está sem leitos em saúde mental, necessitando internação os pacientes são cadastrados em central de leitos e mantidos até a consecução da vaga em outros hospitais.

Os plantonistas do turno recebem o usuário e o encaminham para aguardar a avaliação psiquiátrica. Estes profissionais têm a rotina de visitar duas vezes por dia esta unidade e avaliam os usuários que os aguardam. Propõem-se que os diversos profissionais da atenção em emergência desta unidade possam se apropriar das rotinas de manejo das situações de crise em saúde mental, já que este cuidado compõem a integralidade do cuidado em saúde.

Faz-se necessária a qualificação do acolhimento (avaliação inicial) de quem acessa o serviço, tendo como parâmetro os princípios da integralidade, equidade e universalidade. É importante que a equipe da emergência proceda à avaliação criteriosa e aos procedimentos iniciais referentes tanto à situação clínica quanto à psiquiátrica, assegurando a atenção ao sujeito em todas as necessidades de sua saúde.

SAMU 192

No município de São Leopoldo o SAMU 192 é responsável por realizar os atendimentos de emergências em saúde mental, referenciando os casos atendidos ao Hospital Centenário. Em 2016 foi construído um fluxo entre os CAPS e a SAMU para que os casos atendidos em saúde mental por este serviço sejam posteriormente notificados aos CAPS, para que seja feita uma busca ativa desses

usuários, evitando recorrências nas crises. Alguns encontros também foram feitos para discussão de fluxos.

Planejamento de Ações e Estratégias de Saúde Mental na Atenção de Urgência e Emergência

1) Apoio matricial com UPA 24 horas e SAMU

Ação

- Implantar o apoio matricial à UPA e ao SAMU.

Estratégias

- Criar junto aos trabalhadores dos CAPS equipe de matriciamento à Atenção de Urgência e Emergência;
- Estabelecer encontro mensal entre a equipe matriciadora, UPA e SAMU.

D) Atenção Residencial de Caráter Transitório

Unidade de Acolhimento

A Unidade de Acolhimento é um serviço que funciona 24 horas por dia nos 7 dias da semana, caracterizando-se como uma residência de caráter transitório, onde os usuários que fazem tratamento no CAPS, estando em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo, podem ficar residindo por até 6 meses, reorganizando-se assim em termos de reinserção social. Existem tanto as Unidades de Acolhimento Adulto, para maiores de 18 anos, e Infanto-Juvenil, para crianças e adolescentes.

Comunidades Terapêuticas

As comunidades terapêuticas são instituições filantrópicas, em geral religiosas, que atendem no regime de internação/permanência. Eles têm um papel importante, como rede de proteção social e como instituições de atenção complementar à rede SUS. O Ministério da Saúde reconhece sua importância na atenção, especialmente porque não era da tradição da saúde pública brasileira atender ao problema de álcool e drogas, e as organizações religiosas e/ou filantrópicas ainda suprem uma lacuna do SUS, especialmente em relação à falta de CAPS AD III e de UAA.

Atualmente o município estabelece convênio com cinco Comunidades Terapêuticas: Centros Novos Horizontes, com unidades em Porto Alegre, São Leopoldo e Santo Antônio da Patrulha; Criar

Vitória, em Taquara; Corrente do Bem, em Portão; Usina da Saúde, com unidade masculina em Taquara e feminina em Gravataí.

Planejamento de Ações e Estratégias de Saúde Mental na Atenção Residencial de Caráter Transitório

1) Unidade de Acolhimento Adulto

Ação

Implementar Unidade de Acolhimento Adulto.

Estratégias

- Aprovação junto à gestão municipal para implementação da Unidade de Acolhimento Adulto;
- Aprovação junto à Câmara Municipal de Vereadores para contratação em regime emergencial de recursos humanos para abertura do serviço;
- Solicitação de incentivo junto ao Ministério da Saúde;
- Abertura de edital para contratação de todos os profissionais da equipe (1 Psicólogo, 1 Assistente Social e 8 Profissionais de Nível Médio);
- Abertura de pregão para compra de móveis e utensílios necessários para a implementação, custeados pelos recursos destinados diretamente à ampliação pelo Governo Federal;
- Abertura do serviço e solicitação de habilitação.

2) Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil

Ação

Implementar Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil.

Estratégias

- Aprovação junto à gestão municipal para implementação da Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil;
- Aprovação junto à Câmara Municipal de Vereadores para contratação em regime emergencial de recursos humanos para abertura do serviço;
- Solicitação de incentivo junto ao Ministério da Saúde;
- Abertura de edital para contratação de todos os profissionais da equipe (1 Psicólogo, 1 Assistente Social e 8 Profissionais de Nível Médio);
- Abertura de pregão para compra de móveis e utensílios necessários para a implementação, custeados pelos recursos destinados diretamente à ampliação pelo Governo Federal;

- Abertura do serviço e solicitação de habilitação.

3) Comunidades Terapêuticas

Ação

Garantir ações de aproximação e fiscalização junto às Comunidades Terapêuticas credenciadas junto ao município.

Propostas:

- Coordenar, via Colegiado Gestor de Saúde Mental e trabalhadores dos CAPS, especialmente CAPS AD e CAPS i, as ações de aproximação e fiscalização, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN);
- Instituir um turno de visita sistemática aos usuários que estejam em internação como forma de ampliar o vínculo com os usuários já referenciados aos Caps i e Caps ad.

E) Atenção Hospitalar

Dentro da configuração das RAPS, a atenção hospitalar se refere aos leitos de Saúde Mental em Hospital Geral. Com a reforma psiquiátrica, os leitos de saúde mental devem ser em hospital geral, sendo o ponto mais complexo da rede e acessado quando esgotadas as outras possibilidades.

Fundação Hospital Centenário (FHC)

Os leitos de saúde mental do Hospital Centenário, nomeada pela instituição de ala psiquiátrica, foram fechados em outubro de 2015, juntamente com leitos de outras especialidades, visando uma redução de custos. Concomitante a isso, uma reforma também se fazia necessária na unidade, pela inadequação das estruturas físicas, que estavam bastante precárias. Essa reforma foi autorizada a ser realizada em 2016, mas não há ainda previsão de reabertura dos leitos. Há o planejamento de que esses leitos também sejam habilitados, a fim de receber custeio federal, o que implicará necessariamente em mudanças nos processos de trabalho do FHC. O hospital permanece com psiquiatras em seu quadro técnico, mantendo-se como unidade hospitalar de referência para atenção em saúde mental. Ou seja, a FHC segue sendo a primeira opção de internação do município. Atualmente, os pacientes chegam via emergência e são avaliados pelos psiquiatras. Quando necessária internação, são cadastrados na central de regulação de leitos estadual, mantendo-os em acompanhamento até o encaminhamento para outros hospitais quando disponibilizadas as vagas.

Quando o município solicita essas vagas via central de leitos, as internações ocorrem em diferentes municípios, especialmente naqueles próximos a São Leopoldo. É importante também que se criem estratégias de aproximação, referência e contrarreferência junto a esses locais.

Hospital de Portão

Os CAPS de São Leopoldo dispõem de 5 leitos de saúde mental no Hospital de Portão. Em 2015 foi organizado um fluxo de regulação dos leitos entre o Colegiado Gestor de Saúde Mental e a Coordenação de Saúde Mental do Hospital de Portão, viabilizando as internações no local. Esse fluxo se mantém em funcionamento.

Planejamento de Ações e Estratégias de Saúde Mental na Atenção Hospitalar

1) Hospital Centenário

Ação

Reabrir os leitos em saúde mental da FHC e os habilitar junto ao Ministério da Saúde, a partir da qualificação dos processos de trabalho.

Estratégias

- Estabelecer uma estratégia de acolhimento aos usuários, que busque obter maiores informações da história pregressa do paciente a fim de construir o projeto terapêutico de forma a contemplar as suas necessidades.
- Estabelecer um fluxo de acolhimento, que inclua uma primeira escuta do caso e acompanhamento contínuo do paciente pela equipe técnica da FHC até a primeira avaliação psiquiátrica, evitando fugas, negligências e assegurando a responsabilização do hospital pelos casos que recebe;
- Adequar o espaço físico, para que a unidade seja em apenas um andar (e não em dois e com escadas, como era anteriormente), facilitando o conforto e o cuidado dos pacientes;
- Garantir recursos para aquisição de móveis e utensílios adequados (camas, colchões, cobertas, armários com espaços individuais para que cada paciente possa guardar seus pertences, entre outros);
- Constituir uma equipe de saúde mental com profissionais de diferentes áreas - como psicólogos, assistentes sociais, enfermeiro, médico psiquiatra, terapeutas ocupacionais e educadores físicos - com formação em saúde mental, construindo fluxos de trabalhos multiprofissionais e bem definidos, incluindo reunião de equipe para discussão de casos;
- Garantir que a FHC esteja articulada com os demais componentes da RAPS municipal, especialmente os CAPS, de forma a construir coletivamente o projeto terapêutico singular dos

usuários, acompanhá-los durante o período de internação e garantir o acompanhamento dos encaminhamentos após as altas;

- Garantir que as equipes de referência dos serviços especializados em saúde mental realizem o apoio matricial à equipe do Hospital Geral, contribuindo na gestão dos casos e dos processos de trabalho; estabelecer um calendário de encontros sistemáticos entre os serviços de saúde mental do município, visando fortalecer o diálogo e os vínculos entre os serviços;

- Articular-se ao Hospital Centenário para a implantação de leitos no setor de Pediatria para o cuidado das crianças e dos adolescentes em crise, assegurando a qualidade das ações, com a equipe de saúde mental em articulação com o serviço de referência territorial, respeitando os princípios da reforma psiquiátrica e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA);

- Garantir o acesso ao serviço de urgência do Hospital às pessoas com sofrimento psíquico durante 24 horas, contando com o apoio de leitos para internações breves, de emergência, tendo como objetivo a prevenção da internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo.

- Estabelecer um fluxo de encaminhamentos de usuários entre os serviços, com o intuito de oferecer atendimento integral e incluí-lo em atividades que possam evitar ao máximo a internação hospitalar, de acordo com o que preconiza a Reforma Psiquiátrica;

- Nos casos em que se fizer necessária a internação, o serviço contará com dispositivos de apoio: salas para atendimento individual, para trabalho em grupo (terapias, grupo operativo, dentre outros), além de uma área externa do hospital para atividades de lazer, atividades físicas e socialização.

- Proporcionar ao paciente, durante o período de internação, as seguintes modalidades terapêuticas: avaliação biopsicossocial; atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, etc.); atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas); abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento; preparação do paciente para a alta hospitalar, garantindo sua referência para a continuidade do tratamento na rede integral de saúde, com programa de atenção compatível com sua necessidade, visando prevenir a ocorrência de outras internações.

F) Estratégias de Desinstitucionalização

Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

O Residencial Terapêutico é um serviço de assistência, com caráter provisório, que visa à reabilitação psicossocial, a reintegração à família e o retorno ao convívio social, dos usuários dos serviços de saúde mental oriundos de internações psiquiátricas longas ou repetidas e/ou em situação de vulnerabilidade social. Este tipo de serviço deverá contar com, pelo menos, um profissional de saúde de nível superior e dois de nível médio, com formação, experiência ou especialização em saúde mental, que serão responsáveis pela elaboração, coordenação e implementação do Programa Terapêutico e do Plano Terapêutico Singular (Guia Saúde Mental RS, 2008).

A implementação e o financiamento desse serviço surgem como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para a concretização das diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Assim, o SRT, residência terapêutica ou simplesmente moradia, é uma casa localizada no espaço urbano, constituída para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou em situação de vulnerabilidade social.

É importante salientar que o município de São Leopoldo já reúne usuários de saúde mental em número suficiente para abrir um SRT próprio, sem necessidade de comprar essas vagas em instituição privada, como faz atualmente. O município dispõe de 5 vagas no Residencial Terapêutico Usina da Saúde, em Porto Alegre, estão todas ocupadas. Há outros 3 residentes em outro local (Clínica Ser) que resultariam no mínimo de 8 pessoas para abertura de tal dispositivo.

Programa de Volta pra Casa

O Programa de Volta pra Casa consiste em um auxílio financeiro mensal para usuários que já tiveram mais de dois anos de internação ininterrupta.

Planejamento de Ações e Estratégias de Saúde Mental nas Estratégias de Reabilitação

1) Serviço Residencial Terapêutico

Ação

Implantar um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), conforme as diretrizes do Ministério da Saúde.

Estratégias

- Aprovação junto à gestão municipal para implementação de SRT;
- Aprovação junto à Câmara Municipal de Vereadores para contratação em regime emergencial de recursos humanos para abertura do serviço;

- Solicitação de incentivo junto ao Ministério da Saúde;
- Abertura de edital para contratação de todos os profissionais da equipe;
- Abertura de pregão para compra de móveis e utensílios necessários para a implementação, custeados pelos recursos destinados diretamente à ampliação pelo Governo Federal;
- Abertura do serviço e solicitação de habilitação.

G) Estratégias de Reabilitação Psicossocial

Geração de Renda

Os espaços terapêuticos de geração de renda vêm ocupando um lugar importante no novo modelo de atenção à saúde mental no país. Através do trabalho, essa modalidade de serviço busca viabilizar o resgate e fortalecimento do exercício da cidadania, a promoção de autonomia e ampliação e fortalecimento da rede social dos usuários atendidos. As oficinas, a partir da Reforma Psiquiátrica, têm uma função social e política que se associa à lógica da clínica ampliada. Nessa perspectiva, o usuário de saúde mental, através da aprendizagem laboral, da troca de saberes e do retorno ao mercado de trabalho, aumenta suas possibilidades de ação na vida pública e consequente inserção social, com a melhora da sua qualidade de vida e de seus familiares.

Baseia-se nos princípios do cooperativismo social e economia solidária.

Planejamento de Ações e Estratégias de Geração de Renda

1) Geração de Renda

Ação

Construir ações de geração de trabalho e renda;

Estratégias

- Buscar aproximação com serviços já existentes em outros municípios de geração de trabalho e renda;
- Construir espaços dentro dos CAPS para construção de projeto e ações de geração de trabalho e renda.
- Garantir que os recursos da saúde mental possam financiar tais atividades.
- Buscar espaço propício para realizar as atividades, em parceria com dispositivos da comunidade, fortalecendo o protagonismo dos usuários e a criação de processos autogestionários.

4) AÇÕES INTERSETORIAIS

A integralidade, enquanto princípio norteador do SUS, implica em uma abordagem abrangente do indivíduo e da comunidade, que deve levar em conta os aspectos sociais, culturais e econômicos. Assim sendo, cabe às equipes de saúde enfrentar, além dos problemas individuais e biológicos, os problemas coletivos e socioculturais das pessoas e da comunidade pela qual tem responsabilidade sanitária.

Para tanto, é necessário estabelecer o fluxo de atendimento e a co-responsabilização do cuidado em saúde mental junto à rede intersetorial, com as demais políticas públicas, em especial com a assistência social e a educação, na construção de uma rede pública ampliada de atenção, onde devem estar articulados os serviços de diferentes setores, graus de complexidade e níveis de intervenção.

Para fomentar essa aproximação, o Colegiado Gestor de Saúde Mental organiza reuniões quinzenais com alguns serviços do SUAS (CREAS, Centro Pop, Albergue) que atendem usuários que também são atendidos na saúde mental. A ideia é construir Planos Terapêuticos Singulares e compartilhados entre serviços.

No município, outro espaço importante de articulação intersetorial são as reuniões de rede por região (Norte, Nordeste, Centro-Sul, Oeste e Leste), com a participação dos CRAS, Serviços de Convivência, Organizações Comunitárias, dentre outras instituições.

5) GESTÃO E RECURSOS HUMANOS

Colegiado Gestor de Saúde Mental

A gestão da Saúde Mental acontece de forma participativa, democrática e colegiada. O colegiado gestor é composto pelo Coordenador de Saúde Mental e os Chefes de Núcleo de cada um dos CAPS, mais um assessor administrativo.

O Coordenador de Saúde Mental deverá ser eleito por Assembleia Geral de Usuários, Familiares e Trabalhadores; os Chefes de Núcleo de cada CAPS deverão ser eleitos em Assembleias específicas de cada serviço. Os mandatos terão duração de um ano, podendo ocorrer reeleições desde que aprovados nas Assembleias. Como instância decisória e deliberativa última está colocada a Assembleia Geral de Usuários, Familiares e Trabalhadores.

No final de cada ano de gestão, o Colegiado Gestor deverá elaborar um Relatório de Gestão, contemplando as ações realizadas. Esse relatório deve ser apresentado em Reunião de Rede de Saúde Mental e impresso e arquivado junto aos documentos do Colegiado Gestor.

O Plano de Saúde Mental será o instrumento orientador e de planejamento de gestão.

Planejamento de Ações e Estratégias do Colegiado Gestor de Saúde Mental

1) Função Gratificada

Ações

- Garantir a progressão do nível da Função Gratificada (FG) para o coordenador e chefes de núcleo.
- Garantir remuneração via Função Gratificada (FG) para o assessor administrativo do Colegiado Gestor.

Estratégias

- Propor alteração no fluxograma hierárquico da Secretaria de Saúde, a fim de que o atual cargo de Coordenador de Saúde Mental possa equivaler a de Diretor de Saúde Mental; e que os Chefes de Núcleo possam avançar para Coordenadores. Propor que o Assessor Administrativo do Colegiado Gestor também seja remunerado.

Recursos Humanos

A autogestão realizada na saúde mental através do Colegiado Gestor e das Assembleias coletivas exige dos trabalhadores não só preparo para a assistência aos usuários, como tradicionalmente acontece, mas também implicados e preparados para se envolverem em atividades de gestão. Por isso é importante a continuidade dos trabalhadores, via contratação por concurso público e o incentivo a processos de educação permanente.

Planejamento de Ações e Estratégias de Recursos Humanos

1) Qualificação de Recursos Humanos

Ação

Buscar contínua qualificação dos recursos humanos da rede de saúde mental, priorizando um SUS público e de qualidade.

Estratégias

- Buscar que todos os trabalhadores da saúde mental sejam concursados, assumindo, assim a estabilidade dos profissionais visando a formação de vínculos e o combate contra a precarização do

trabalho em saúde, além da garantia de equipe completa e qualificada em todos os equipamentos de saúde mental;

- Quando, por necessidade expressa, houver necessidade de contratação, que seja de forma direta e sem intermediários ou terceirizações, evitando a precarização dos vínculos e salários;
- Quando houver concursos públicos, buscar inserir requisitos de experiência em saúde mental e conteúdos próprios dessa área;
- Com vistas à qualificação do trabalho, deve-se assegurar que os conteúdos dos processos seletivos estejam de acordo com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, do SUS, da Política Nacional de Humanização e da Redução de Danos;
- Estabelecer critérios de avaliação que priorizem profissionais com formação em Saúde Mental, Saúde Coletiva e Políticas Públicas;
- Possibilitar a melhoria nas condições de trabalho dos profissionais da Saúde Mental, nos três níveis de atenção, promovendo ações voltadas à saúde dos trabalhadores de saúde mental, através da implementação de projetos e programas específicos de cuidado aos cuidadores que contemplem ações de formação, atenção e participação na gestão, conforme as diretrizes da Política Nacional de Humanização;
- Implementar uma Política de Plano de Carreira, Cargos e Salários, com criação do piso salarial que viabilize a isonomia e o incentivo salarial para aprimoramento através de cursos de pós graduação (especialização, mestrado, doutorado) em que se incluam profissões de diversas áreas, ainda não reconhecidas, que contribuam com as ações em Saúde Mental;
- Garantir aos profissionais da rede de atenção integral à saúde mental carga horária destinada à participação em atividades de planejamento e organização do serviço, bem como espaço para reuniões clínicas, estudos de casos e supervisões;
- Garantir a função de supervisão clínico-institucional nos serviços de saúde mental sempre que solicitada pelas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial;

6) PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS E CONTROLE SOCIAL

A participação da comunidade é um direito de todos, bem como uma produção de cidadania, conforme consta na Constituição, no parágrafo único do Artigo 1º: “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”.

Desse modo, a Constituição Federal de 1988 contempla todo cidadão brasileiro com o direito à saúde e expressa a luta dos movimentos sociais, na medida em que garante no Art. 196 “à saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” A participação da sociedade na Política de Saúde também é garantida pela Constituição Federal de 1988 no Art. 198, que indica que as ações e serviços públicos de saúde devem ser organizados, dentre outras diretrizes, pela participação da comunidade.

Planejamento de Ações e Estratégias de Participação dos Cidadãos e Controle Social

1) Fortalecimento do Controle Social da Saúde Mental

Ação

Incentivar articulação entre a Saúde Mental do município, o Conselho Municipal de Saúde e as Conferências Municipais, contribuindo assim para seu fortalecimento, sua construção, efetivação e também na materialização das propostas.

Estratégia

- Promover e facilitar espaços de encontro dos usuários e familiares e apoiar a organização e o fomento à autogestão desses processos.

2) Associação dos Usuários e Assembleias

Os CAPS deverão fomentar a organização entre seus usuários para a formação de uma Associação, juntamente com familiares, a fim de que participem diretamente da gestão e fiscalização dos serviços.

Os CAPS também deverão garantir a realização das Assembleias Gerais, espaço do qual deverão participar gestores, trabalhadores, usuários e familiares. Em cada serviço, estes encontros devem acontecer regularmente, com frequência pactuada com os usuários, familiares e profissionais.

O Colegiado Gestor de Saúde Mental deverá ter em sua composição representantes da Associação dos Usuários e Familiares de Saúde Mental.

Ação

Apoiar a organização dos usuários e familiares em Associação, espaços de Assembleia e Colegiado Gestor.

Estratégias

- Apoiar os usuários e familiares na organização de uma Associação, com estrutura organizacional e legal;
- Garantir a realização de assembleias regulares nos CAPS, pactuadas em sua frequência com usuários, familiares e trabalhadores;
- Fomentar a participação de representantes de usuários e familiares no Colegiado Gestor.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

– SÃO LEOPOLDO –

Reunião Ordinária da Plenária

6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48

Ata nº 394

Aos 23 dias do mês de novembro do ano de dois mil e dezesseis, reuniram-se, em sessão ordinária, na sede do Conselho Municipal de Saúde, sito à Rua Conceição, nº 679, 3º Andar, Bairro Centro - São Leopoldo - RS, os **Conselheiros** deste **CMS/SL**, conforme lista de presença, em atendimento à convocação da Mesa Diretora para discutirem e deliberarem sobre a seguinte pauta: **01) Leitura e aprovação da ata 393; 02) Plano de Saúde Mental; 03) Assuntos Gerais.** A reunião inicia às 18 horas e 20 minutos. O Conselheiro Ricardo Barbosa comenta sobre a reunião realizada na Câmara de Vereadores referente ao fechamento das consultas de cardiologia no Hospital Centenário. O conselheiro Luiz Antônio Marques comenta que foi explanado que caso o serviço seja fechado, dificilmente seria possível abri-lo novamente. Perder os médicos cardiologistas seria muito complicado. A conselheira Fátima de Azeredo coloca que o espaço no Hospital Centenário deve ser alugado para uso. O contrato existe a 13 anos já, e a renovação foi enviada para o CIME. Comenta que a dívida hoje é de cerca de R\$100.000,00 (cem mil reais) Coloca ainda que os três cardiologistas são obrigação da rede de saúde e não do Hospital Centenário e que os serviços de Urgência continuam. O conselheiro Reni Homem pergunta qual e o valor que o município deve ao CIME. Luiz Antônio Marques comenta que é de cerca de 50.000,00 (cinquenta mil reais). O conselheiro Antônio Carlos do Amaral questiona a razão pela qual os conselheiros não tiveram conhecimento sobre os fatos durante todos esses anos. Ricardo Barbosa coloca que apenas no dia 14 de novembro a situação foi trazida até o conselho, e só em 22 de novembro foi marcada a reunião na Câmara de Vereadores. Luiz Antônio Marques coloca que sobre a situação foi tentado falar com o prefeito e tentado também marcar reuniões com a Secretaria de Saúde. E então só após essas tentativas de negociação, foi trazido até o Conselho e posteriormente à Câmara de Vereadores. Antônio Carlos do Amaral solicita receber a lista de convênios ou contratos dos prestadores na área da saúde. O conselheiro Lúcio dos Santos questiona por que trazer só hoje para os conselheiros, sendo que já havia sido passado antes para a SEMSAD. Luiz Antônio Marques diz que pela razão de a SEMSAD deter o contrato. A conselheira Eliane Tavares faz a leitura da ata 393, que após algumas ressalvas é colocada em votação sendo aprovada com 04 abstenções. Yves de Oliveira, do CAPS Capilé, apresenta o Plano de Saúde Mental 2017-2020. Coloca que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é constituída por diversos pontos de atenção. O presente Plano de Saúde Mental organiza suas ações a partir de cada um dos componentes da RAPS, que são os Planejamentos de Ações e Estratégias de Saúde Mental: na Atenção Básica; na Atenção Psicossocial Especializada; na Atenção de Urgência e Emergência; na Atenção Residencial de Caráter Transitório; na Atenção Hospitalar; nas Estratégias de Reabilitação; na Geração de Renda; do Colegiado Gestor de Saúde Mental; de Recursos Humanos; e de Participação dos Cidadãos e Controle Social. Dentre estes componentes coloca que o CAPS Capilé busca trabalhar com um número de 120 usuários ativos. No CAPS AD tem o objetivo de ampliar a carga horária do médico clínico para 20h semanais. E no CAPS I, garantir que a equipe mínima seja formada por servidores estatutários. Comenta



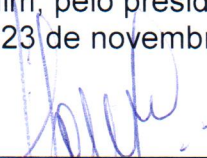
9
10
11
12
13

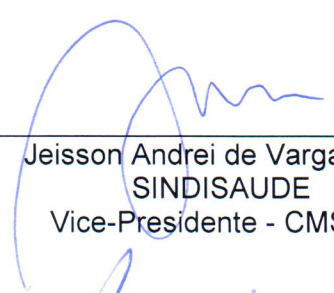
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE


– SÃO LEOPOLDO –

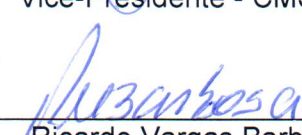
Reunião Ordinária da Plenária

49 sobre o Fluxo AD-i, que visa a corresponsabilização entre CAPS i e CAPS AD
50 no acolhimento, na avaliação psicossocial e na construção do Projeto
51 Terapêutico Singular no caso de adolescentes em uso e/ou abuso de álcool e
52 outras drogas. O **Plano de Saúde Mental 2017-2020** é colocado em votação
53 sendo **aprovado**. O presidente Luiz Fernando O. Martins encerra a Reunião
54 Ordinária às 20 horas e 15 minutos. A reunião Plenária contou com a presença
55 de 14 conselheiros sendo destes, 09 conselheiros titulares e 04 suplentes
56 exercendo a titularidade e 01 conselheiro acompanhando seu titular. Contamos
57 ainda com a presença de 16 visitantes. E assim nada mais havendo, o
58 presidente determina a lavratura desta ata, que após lida e achada conforme vai
59 assinada por mim, pelo presidente e demais membros da Mesa Diretora.
60 São Leopoldo, 23 de novembro de 2016.

61
62
63

Luiz Fernando Oliveira Martins
Assoc. Comunitária B. Rio dos Sinos
Presidente - CMS/SL


Jeisson Andrei de Vargas Rex
SINDISAUDE
Vice-Presidente - CMS/SL


64
65
66

Elci Cecilia Ferreira
Assoc. Dos Moradores Parque Sinuelo
2ª Secretária de Mesa - CMS/SL


Ricardo Vargas Barbosa
Assoc. De Moradores Bairro Padre Réus
Coordenador Mesa Diretora - CMS/SL

67
68
69
Miriam Korenowski Bavoso
SEMSAD - Gestor da Saúde
Coordenador Mesa Diretora - CMS/SL


Eliane Tavares da Silva
Assoc. Capilé de Saúde Mental
Coordenador Mesa Diretora - CMS/SL

70
71
72
Marcelino Firme Anflôr
Gabinete do Prefeito de SL
Coordenador Mesa Diretora - CMS/SL


Cláudio Cabral e Silva
Secretário Executivo
do CMS/SL



MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

RESOLUÇÃO CMS/SL N° 005/2016

O Conselho Municipal de Saúde de São Leopoldo (CMS/SL), no uso de suas competências legais e regimentais e das atribuições conferidas pelas Leis Federais nº 8080/90 e nº 8142/90, pela Lei Municipal nº 7747/12 e Lei 141/12, e,

Considerando a apresentação do Plano Municipal de Saúde Mental 2017-2020 o qual foi apresentado por profissional da Saúde Mental e tendo sido respondidos todos questionamentos formulados pelo Plenário deste colegiado,

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Plano Municipal de Saúde Mental 2017-2020.

Art. 2º - Esta Resolução entrará em vigor na data da aprovação em Reunião Plenária do CMS/SL em 23/11/16. A Ata referente a esta plenária será lida e aprovada em reunião deste colegiado em 15/03/17.

São Leopoldo, 24 de Novembro de 2016.

Cláudio Cabral e Silva
Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde/SL