O CUIDADO AO USUÁRIO EGRESSO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA MURIALDO

THE CARE TO THE EGRESS PATIENT FROM PSYCHIATRIC INTERNMENT OF THE INCLUDED AREA OF *CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA MURIALDO*

Fernanda Freitas Ribas
Residente de Psicologia
Natali Pimentel Minoia
Residente de Psicologia
Cláudia Sedano Fait
Psicóloga-Sanitarista, Mestre em Psicologia
Instituição: Centro de Saúde-Escola Murialdo
Porto Alegre-RS
E-mail: nataliminoia@hotmail.com

RESUMO
Este estudo analisou o cuidado fornecido pelas UBSs da área de abrangência do CSEM aos usuários egressos de internação psiquiátrica no período de março de 2003 a março de 2004. A abordagem metodológica foi de caráter qualitativo utilizando prontuários e livros de registros das UBSs desses usuários. Através dos boletins de alta psiquiátrica, foram identificados 53 usuários das UBSs do CSEM. Deste total, de forma aleatória, foram selecionados dez prontuários que foram analisados com base na análise de conteúdo e discutidos à luz da Vigilância da Saúde e do Modo de Atenção Psicossocial. A análise resultou nas categorias: Objeto do Cuidado, Forma do Cuidado e Relação entre os Serviços. Verificou-se a predominância do cuidado voltado para a doença e centrado na recuperação da saúde, na prescrição da medicação e na desarticulação entre serviços. Assim, entende-se que a implantação do modelo da Vigilância da Saúde necessita de investimentos para que seja uma lógica presente nas práticas do CSEM, bem como o Modo de Atenção Psicossocial seja a principal forma do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE
Saúde mental. Atenção primária à saúde. Vigilância da população.

ABSTRACT
This research analyzed the care supplied by Centro de Saúde - Escola Murialdo (CSEM) for the egresses of psychiatric internment during the period of March 2003 untill March 2004. The methodological boarding was qualitative, using patients handbooks and register books of patients from the Basic Units. Through bulletins of psychiatric discharge, 53 users from the Unidade Básica de Saúde do Centro de Saúde - Escola Murialdo were identified and ten were selected by random. These handbooks were analyzed by the analysis of content and discussed by the light of Health Surveillance and Psychosocial Attention. The categories resulted from the analyses were: Object of Care, Ways of Care and Relation between the Services. It was verified the predominance of care towards to the illness and centered in the recovery of the health, drugs prescription and the disarticulation between services. Thus, the introduction of the model of Health Surveillance needs investments so that it becomes a present logic on the practices of Centro de Saúde - Escola Murialdo (CSEM), as well as the Psychosocial Attention becomes the main way of care.

KEY WORDS
Mental health. Primary health care. Population surveillance.

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde mental passa por um período de intenso questionamento, tendo como cume o Movimento da Reforma Psiquiátrica, que visa à mudança no paradigma psiquiátrico e no Modo de Atenção Asilar.

O modelo de atenção à saúde, adotado por uma dada sociedade, é pautado por vários fatores, entre eles, uma determinada concepção de saúde e de cuidado e a forma de articulação dos serviços e das práticas para produção das condições sanitárias. O Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição de 1988, estabelece uma compreensão do processo saúde-doença tendo em vista seus determinantes e condicionantes sociais.

Segundo Mendes (1999), a saúde é entendida como qualidade de vida, ou seja, uma condição de existência, resultado de um processo de produção social, contrapondo a noção reducionista de saúde como ausência de doença. O sujeito é compreendido em estado de permanente transformação. Saúde não é um conceito abstrato, mas define-se no contexto histórico de determinada sociedade e em um dado momento, como resultante das condições de vida e das conquistas da população em suas lutas cotidianas.

É importante destacarmos a concepção de saúde mental nesse cenário de transformações de paradigmas (paradigma reducionista para paradigma da produção social da doença). A história da psiquiatria remete a uma função de curar os pacientes e, ao mesmo tempo, proteger a sociedade da loucura através da construção de asilos e manicômios. É a prática da reprodução social de exclusão. Silva et al. (2004, p. 143) referem que "a saúde mental, enquanto saúde, trata-se de uma capacidade de viver a vida, de poder de expressão, de participação, de pertencimento". Nesse sentido, é reconhecer o sujeito como um todo, indivisível, não-isolado, que possui diversas necessidades e capacidades de escolha.

O cuidado em saúde mental vem responder às transformações exigidas pela Reforma Psiquiátrica, objetivando a substituição do Modo Asilar por um Modo de Atenção Psicossocial. Esse último trabalha para a construção de novos conceitos acerca da doença mental, conceitos que ultrapassem o paradigma da doença-cura e da relação sujeito-objeto. Considera essencial a construção de uma rede de serviços substitutivos aos manicômios para possibilitar espaços em que se enfatizam a produção de subjetividades. Busca também mudanças na forma de organização e gestão das instituições de atenção à saúde mental onde essas se tornam abertas à participação e co-gestão com os usuários. Costa-Rosa (2000) propõe, como exigência para o Modo Psicossocial em contraposição ao Modo Asilar, a desospitalização, a não-medicalização, a implicação subjetiva e sociocultural e a abordagem da clínica ampliada e transdisciplinar.

Desse modo, considerando a concepção ampliada de saúde, faz-se necessário discutir o modelo de atenção que seja capaz de organizar as práticas sanitárias sustentadas pela integralidade da atenção. A Vigilância da Saúde é um modelo de atenção que organiza os processos de trabalho, considerando o conceito de saúde preconizado pelo SUS, através de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde e de práticas intersetoriais.

De acordo com Mendes (1999), a prática da Vigilância da Saúde é sustentada por três pilares: território, problema e intersetorialidade. O território é entendido como um processo, um espaço em que se constroem as relações sociais, políticas e econômicas de uma determinada comunidade, estando em permanente construção. O território não se limita às suas características físicas. O segundo pilar refere-se ao problema. Mendes (1999, p. 249)

destaca que "[...] o problema deve ser entendido a partir da representação social de necessidades sanitárias de determinado ator social, derivada de condições de vida". A identificação dos problemas na coletividade permite articular ações, com os recursos tecnológicos do território, destinadas a resoluções desses. Por último, o pilar da Vigilância da Saúde denominado intersetorialidade, que se define como uma prática que busca uma unidade do fazer, ou seja, busca ações comunicativas e participativas entre si de diversos setores.

Assim, pensando na Vigilância da Saúde como modo de organização das práticas sanitárias, ressalta-se o campo da Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde. A Política de Saúde Mental para atenção básica requer ações que englobem vários aspectos da vida do sujeito, sua experiência, sua subjetividade. De acordo com Silva et. al. (2004), a produção de saúde mental, segundo a Vigilância da Saúde, significa planejar e propor ações que considerem a relação estabelecida, de forma individual e coletiva, entre sujeito e cultura. Essas ações também consideram como essencial oferecer uma escuta qualificada frente às necessidades do usuário e o estabelecimento do vínculo, favorecendo, assim, a construção do cuidado que não se restrinja à atenção básica e/ou ao setor saúde, conforme as necessidades apresentadas.

A Vigilância da Saúde é o modelo de organização das práticas que vem sendo implantado na atenção à saúde no Centro de Saúde-Escola Murialdo (CSEM). Dentro desse planejamento, estão previstas prioridades na área de saúde mental, ou seja, problemas prioritários para focalização do cuidado em saúde mental, sem deixar de atender a demanda espontânea da população. As prioridades para formulação de ações programáticas no CSEM são: violência, uso de álcool e outras drogas e transtornos severos e persistentes (RIO GRANDE DO SUL, 2003).

Este estudo aborda a importância da implantação do modo de Vigilância da Saúde na organização da atenção à saúde na rede básica. Sabe-se que esse processo é lento, pois envolve a reestruturação do trabalho nas Unidades Básicas de Saúde. Analisamos o cuidado ao usuário egresso de internação psiquiátrica da área de abrangência do CSEM. Tendo em vista que um dos objetivos propostos pela Vigilância da Saúde do CSEM, de acordo com as prioridades em saúde mental, é a redução do número de internações psiquiátricas, este estudo pode vir a contribuir para que as equipes estejam se organizando para atender à problemática do sofrimento psíquico grave na comunidade.

MÉTODO

Os usuários egressos de internação psiquiátrica foram identificados pelos boletins de alta psiquiátrica do período de março de 2003 a março de 2004, fornecidos pela Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Caracterizamos os sujeitos a partir das observações da ficha de alta e investigamos o cuidado através de prontuários e livros de registro. Foi realizada a identificação dos prontuários desses usuários em suas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de referência. A existência ou não de prontuário era um dado da atenção fornecida. Além de verificar a existência ou não de prontuário de família, observamos também se havia registro de atendimento ao usuário egresso, pois poderiam haver atendimentos a outros membros da família desse usuário e nenhum realizado para ele. Esse último dado também nos indica sobre o cuidado fornecido pela UBS.

Em um segundo momento, realizou-se a escolha aleatória de dois casos por UBS, através de sorteio dos prontuários existentes em

cada uma. Com base na Análise de Conteúdo, segundo Minayo (1994), as informações obtidas nos prontuários selecionados e livros de registro da equipe foram analisadas conforme segue:

Pré-análise: fase em que organizamos o material coletado. Realizamos várias leituras flutuantes deste, observamos trechos significativos e definimos as categorias de análise.

Exploração do material: nessa fase foi realizada a codificação dos registros coletados em categorias.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nessa etapa procuramos identificar o conteúdo subjacente dos registros para, por meio de inferências, realizarmos interpretações a respeito do cuidado ao egresso de internação psiquiátrica no CSEM.

RESULTADOS

Caracterizando a população estudada

Foram fornecidos, pela Assessoria de Planejamento da Prefeitura de Porto Alegre, 61 boletins de alta psiquiátrica emitidos durante o período de março de 2003 a março de 2004, cujos pacientes relataram morar na área de abrangência do CSEM. Esses boletins referem-se a 53 pacientes. Essa diferença no número de altas e pacientes ocorreu devido ao fato de que alguns pacientes receberam mais de um boletim de alta no período abrangido pela pesquisa. Desses 53 pacientes, 27 (51%) possuíam prontuário de família nas UBSs do CSEM. Porém, 3 desses 27 pacientes não tinham registro próprio nos prontuários de suas famílias.

O perfil dos pacientes egressos de internação psiquiátrica encontrado foi avaliado de acordo com o sexo, idade, motivo de internação e número de internações anteriores. Observamos que 58% são do sexo masculino e 42% do sexo feminino. Em relação à idade, 11% tinham entre 12 e 25 anos, 51% entre 26 anos e 39 anos, 31% entre 40 e 59 anos e 7% com 60 anos ou mais.

Os motivos de internação foram diversos, sendo os mais referidos: dependência química (28,3%), crise psicótica (26,4%), crise maníaca (9,4%), outros transtornos e dependência química (8%) e sintomas depressivos e psicóticos (6%). Os outros motivos de internação encontrados não foram citados mais de duas vezes nos boletins. Referente ao número de internações anteriores, encontramos os seguintes resultados: nenhuma (47,2%), até 5 internações (36%), de 6 a 11 internações (15,1%) e um caso que tinha 45 internações prévias.

Foi realizado um sorteio aleatório de 2 pacientes com prontuário encontrado por UBS. Em algumas UBSs, no entanto, encontramos registro de apenas um usuário, o que reduziu para 10 casos analisados. Observamos registros com informações sucintas e até mesmo incompletas nos prontuários. Em muitos casos, não havia identificação da formação profissional ou datas dos atendimentos, além da desorganização dos registros, não havendo continuidade temporal entre eles.

Em relação aos atendimentos individuais prestados aos 10 pacientes, verificamos que foram atendimentos médicos (10), com assistente social (7), com psicólogo (6), com enfermeiro (1), com nutricionista (1) e com dentista (1). Identificamos, também, que, além da consulta individual, 2 pacientes freqüentavam Grupo de Saúde Mental de sua UBS, 4 foram encaminhados para a rede de saúde mental, 2 foram encaminhados para nova internação, 2 para a rede assistencial (solicitação de benefício) e um caso foi encaminhado ao CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/AIDS).

Categorias analisadas

A Análise de Conteúdo gerou as seguintes categorias:

O objeto do cuidado

Nesta categoria buscamos analisar a concepção de objeto presente nas práticas de saúde mental. O objeto do cuidado diz respeito a quem se cuida e relaciona-se a concepção de saúde e doença mental presentes nas ações desenvolvidas. Utilizamos para este estudo duas concepções de saúde.

A primeira é entendida como ausência de doenças e sintomas, sendo a supressão desses o objeto principal do cuidado fornecido. É dada ênfase ao orgânico, sendo o remédio o principal meio de intervenção sobre o sujeito. Citamos, como exemplo, o seguinte trecho retirado de um prontuário: "23/08/05: Paciente vem buscar laudo médico para o INSS. Voltou a usar álcool. Aumento de imipramina (Medicina)". Esta concepção está associada ao modo asilar de cuidados em saúde mental onde foco é a doença e seus sintomas, conforme observamos a seguir: "24/04/05: Paciente vem para avaliação para acompanhamento no posto. Nas duas entrevistas os sintomas francamente psicóticos mostravam-se esbatidos. Algumas funções do ego preservadas como atenção e consciência (Psicologia)".

Na segunda concepção, a ênfase é colocada sobre o sujeito, voltando o olhar para sua subjetividade e grupo social e familiar buscando a implicação desses como agentes de mudança. Costa-Rosa (2000) aponta que, nessa concepção de objeto, também se visa à melhora dos sintomas do sujeito, porém esse aspecto não é buscado diretamente, nem tampouco a meta final. Aqui, o modo de atenção à saúde mental é o psicossocial e o foco é o sujeito.

Neste estudo, podemos observar que o objeto do cuidado presente na maioria das práticas de saúde mental do CSEM é a doença. Desse modo, o foco é colocado na descrição de sintomas, definição de um diagnóstico e prescrição da medicação adequada. Nessa visão de indivíduo doente como centro do problema dificilmente há o envolvimento da família, sendo essa chamada apenas quando o sujeito não está conseguindo aderir ao tratamento medicamentoso.

Foi possível também perceber, em alguns casos, o sujeito orgânico e sociocultural como objeto do cuidado, em que foram proporcionados dispositivos de escuta para "além de seus sintomas", como pode-se constatar no seguinte trecho:

> 09/09/04: Paciente procurou-me na UBS. Passou um mês fora de casa para trabalhar com um amigo com obras. Refere ter saído de casa por medo de ser pego, mania de perseguição. Conversamos sobre o que o trabalho significa para si. Encaminhado a Oficina de Geração de Renda (Psicologia).

Nessa concepção, o olhar está centrado em suas histórias de vida, seus desejos, meio em que vivem e construção conjunta entre sujeito, família, grupo social e profissionais da equipe e rede de um projeto terapêutico. Mas cabe ressaltar que essa atenção nos pareceu também centrada em alguns profissionais e não na equipe como um todo. Assim sendo, notamos que, com a saída desses profissionais, as UBSs voltaram a ter a doença como objeto principal do cuidado.

Desse modo, percebe-se, em alguns casos, um movimento em direção ao modo psicossocial, ainda que de forma muito incipiente, fazendo com que encontremos nas práticas de cuidado à saúde mental do CSEM, a convivência das duas formas de se conceber a saúde mental bem como orientar suas práticas.

Forma do cuidado

Esta categoria refere-se aos meios de tratamento dispensados ao sujeito. Neste item, incluem-se os recursos utilizados, o modo de divisão do trabalho da equipe, a implicação

subjetiva do usuário, além da lógica do paradigma observado. Segundo Costa-Rosa (2000), a forma do cuidado preconizada pelo Modo Asilar se dá pela fragmentação tanto do trabalho multiprofissional quanto da visão de sujeito. Os profissionais comunicam-se por intermédio do prontuário. Não há consultoria, interconsulta e/ou discussão de caso entre os multiprofissionais que atendem o usuário, conforme observamos a seguir "22/01/04: Paciente assintomática. ECG normal. Oriento consultar com Nutrição (Medicina). 19/04/04: Paciente não sabe porque foi marcada com Nutrição. Refere comer apenas uma fatia de pão. Oriento dieta (Nutrição)".

Como salientamos acima na categoria objeto do cuidado, no Modo Asilar a atenção e cuidado estão centrados nos sintomas e na medicalização. Não raro, encontramos registros mensais de renovação de receita "08/01/04: Renovação de receita. 18/10/04: Renovado receita. Orientado a marcar agenda em Saúde Mental visto 8 meses sem consultar". Assim, o sujeito é percebido como agente passivo no tratamento e/ou incapaz de tomar decisões, sendo desnecessário ouvir suas necessidades. O trecho a seguir demonstra a não-implicação subjetiva do usuário no seu tratamento "02/01/06: Paciente deseja parar de beber. História de alcoolismo desde os 19 anos. Refere 12 internações. Dores nas costas. Solicito exames (Medicina)". Nesse caso, não há interlocução entre os sujeitos. O usuário é percebido, pela relação vertical estabelecida, como objeto.

Em alguns prontuários, no entanto, observamos a coexistência de dois modos de atenção: asilar e psicossocial. Ilustramos com os seguintes trechos de atendimentos de um usuário:

> 11/12/03: Apresenta-se hipomaníaco no grupo com idéias de grandiosidade, orientado a consultar. Relata problemas sexuais. Solicito exames e retorno com eles (Medicina).
> 24/05/04: Paciente procura a UBS pois quer outras saídas para além do grupo e da medicação. Teme surtar novamente. Refere pensamentos acelerados e que tudo lhe assusta. Aponto com ele a importância de precisar de um acompanhamento para trabalhar suas questões (Psicologia).

De acordo com Costa-Rosa (2000), a diferença fundamental em relação à forma do cuidado entre esses modos de atenção está na implicação subjetiva e sociocultural do usuário. No modo psicossocial, há o reposicionamento do sujeito, que pode ser entendido como a capacidade deste em situar-se ativamente frente aos conflitos e contradições que atravessa e atravessam-no. O autor destaca que o modo psicossocial conta com dispositivos institucionais para além da lógica do hospital psiquiátrico, além de uma intervenção terapêutica interprofissional.

A coexistência desses dois modos de atenção é percebida de diferentes maneiras de acordo com a análise de conteúdo dos prontuários. Observamos a existência de ambos os modos de atenção pela forma de cuidado dispensada por cada profissional, ora centrado na medicalização e queixa dos sintomas, ora no sujeito e seus desejos. A diferença na forma do cuidado se dá de acordo com o profissional que atende, não havendo um trabalho interdisciplinar. Todavia, percebemos, em alguns prontuários, a coexistência dos dois modos de atenção, sendo o trabalho interdisciplinar apenas entre duas áreas profissionais da UBS, mas não como equipe. Entretanto, ainda em relação à coexistência dos modos de atenção, verificamos um movimento institucional de escuta e comprometimento com o sujeito realizado pela equipe em alguns casos analisados. Nesse caso, existem características de cuidado de ambos os

modos, sendo que a equipe vai se reconhecendo como protagonista na relação com usuário.

Relação entre os serviços

Esta categoria refere-se à articulação entre os setores e à interlocução entre os espaços ocupados pelo sujeito conforme suas necessidades. Conforme os dados analisados, percebemos que, na maioria dos casos, não houve tentativa de articulação da rede de serviços. Os encaminhamentos ocorreram sem a preocupação com a continuidade da atenção. Não houve responsabilidade compartilhada entre os serviços, prevalecendo características do modo asilar.

Foram poucos os registros nos quais observamos a integralidade das ações e comunicação entre os setores como observamos neste trecho:

> 10/02/05: Irmã de A. comparece à UBS para comunicar que ele foi internado no Espírita. Coloco-me à disposição para auxiliar a família e fico de entrar em contato com o Caps Centro para verificar a possibilidade dele voltar a ser atendido lá após a alta (Psicologia).

Dentre esses casos, houve diferenciação quanto à preocupação com o fortalecimento da rede. Em alguns prontuários, o estabelecimento de contato e trocas de informações partiu e foi sustentado pelo profissional da UBS, enquanto que, em outros casos, o movimento se deu pelos serviços de contra-referência como constatamos no seguinte trecho: "18/03/03: Paciente teve alta de internação ontem. Consulta na UBS foi agendada pelo Serviço Social do Hospital Psiquiátrico São Pedro (Psicologia)". Vale ressaltar que na maioria dos dados analisados, os encaminhamentos ocorreram restritamente aos serviços de saúde mental.

DISCUSSÃO

Identificaram-se usuários com várias internações psiquiátricas, que não tinham prontuário na UBS de sua área de abrangência e verificou-se um cuidado, a partir do que foi registrado, que mostra a predominância do modo asilar. A clínica da demanda aponta para um modelo hoje questionado pela saúde coletiva.

Tanto o Modo de Atenção Psicossocial quanto a Vigilância da Saúde concebem o processo saúde-doença como produto social. Segundo Mendes,

> [...] Estas concepções modernas de saúde implicam considerá-la em sua positividade, muito além, portanto de suas conseqüências imediatas, indicadas negativamente, como doença, seqüela e morte. Saúde é, então, resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um viver desimpedido, um modo de andar a vida prazeroso, seja individual seja coletivamente. (MENDES, 1999, p. 237)

A concepção de saúde considerada gera um cuidado que pressupõe determinado nível de acesso a serviços sociais e econômicos, ou seja, para além do setor saúde buscando uma ação intersetorial. Nessa concepção, o objeto do cuidado torna-se o meio em que a pessoa vive, sua família e grupo social, sua subjetividade e também seus aspectos biológicos visando a compreendê-la integralmente.

Quando o objeto do cuidado está presente, surge uma prática que visa à promoção, à prevenção e à recuperação da saúde buscando intervir em todos os determinantes do processo saúde-doença. Para tanto, procura utilizar-se do trabalho a partir do território no qual

se levantam problemas. Para o enfrentamento desses, procura desenvolver ações que visam uma atuação intersetorial, em equipe multiprofissional, trabalhando de forma interdisciplinar. Procura também promover a autonomia das pessoas, entendendo-as como sujeitos capazes de provocar mudanças em suas vidas.

No CSEM, evidenciamos uma predominância de ações que tem como pano de fundo a concepção de saúde como ausência de doenças e, no caso dos pacientes egressos de internação psiquiátrica, a ausência de sintomas. Desse modo, a prática principal é a utilização da medicação para provocar a supressão sintomática. Assim sendo, o objeto de cuidado, em geral, foi a doença. Cabe ressaltar que o modelo biomédico, característico do modo asilar, está presente nas ações de todos os profissionais das UBSs, e não apenas na prática do médico em si.

A forma do trabalho caracteriza-se, em sua maioria, por atendimentos multiprofissionais fragmentados com pouca discussão de casos entre a equipe, sendo o prontuário, muitas vezes, o único elo de comunicação. Pouco se trabalha em parceria com os outros serviços.

No entanto, em alguns casos, observamos um cuidado que considera o sujeito como participante principal do tratamento, enfatizando sua reinserção social, o que caracteriza uma Atenção Psicossocial. Costa-Rosa (2000) relata que os paradigmas de atenção à saúde mental não são estáticos e que, mesmo sendo contraditórios em suas vicissitudes, encontrando-se em pólos distintos, são passíveis de conviver em uma dada instituição, caracterizando ora momentos de avanço, ora de retrocesso. Este autor chama este fenômeno de "Insistência do Instituinte e Reincidências do Instituído". Costa-Rosa (2000, p. 165) também escreve que "apesar de todas as lutas na esfera político-ideológica e também das várias inovações teórico-técnicas efetivadas para superar o Modo Asilar, pode-se observar, ainda, em nosso meio, a sua absoluta dominância".

Quanto ao modelo de atenção, os usuários foram cuidados a partir de sua própria demanda e o trabalho, em geral, focalizou a recuperação da saúde e não a integralidade das ações no âmbito das práticas e a intersetorialidade no território. Salientamos também que não existe um fluxo organizado de referência e contra-referência das altas psiquiátricas para o atendimento integral ao usuário. Tivemos grande dificuldade para começar esta pesquisa, pois não conseguimos os boletins de alta de internação psiquiátrica ocorridas durante o ano de 2005, o que pretendíamos. Tivemos que realizá-la com os boletins de alta do período de março de 2003 a março de 2004, pois eram os que estavam disponíveis no CSEM. Esse fato soma-se às dificuldades das UBSs em realizar um planejamento das ações para atender os usuários egressos de internação psiquiátrica de seu território. Em relação aos prontuários e registros não encontrados, sugerimos a realização de pesquisas que visem a identificar os tipos de cuidado e recursos que tais usuários estejam acessando, visto que não têm vínculo com sua UBS.

O processo de organização da Vigilância da Saúde no CSEM tem como prioridades os transtornos severos e persistentes, a violência e a dependência química (RIO GRANDE DO SUL, 2003). Neste trabalho percebemos que as internações, em sua maioria, se deram por dependência química e transtornos graves. Também percebemos que muitos dos usuários voltaram a internar após o período abrangido pela pesquisa. Esses dados reforçam a necessidade de se pensar ações programáticas para essa parcela da população, evitando as crises e reinternações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema abordado neste artigo contribui para a reflexão das práticas nas Unidades Básicas do Centro de Saúde-Escola Murialdo. Podemos compreender que a estruturação do modelo da Vigilância da Saúde ainda precisa de muito investimento para que seja uma lógica presente nas práticas desta instituição, bem como a Atenção Psicossocial seja a principal forma de cuidado.

No entanto, acreditamos que a presente reflexão extrapola o âmbito institucional estudado e auxilia na compreensão do trabalho com a saúde mental na atenção básica e na rede de atenção integral como um todo. Estamos em um período de transição paradigmática, no qual estudos que relacionem o campo teórico com as práticas profissionais podem ser facilitadores desse processo de mudança.

A realização deste trabalho provocou questionamentos sobre nossa própria prática cotidiana, uma vez que também estamos inseridas nesta instituição.

Trabalhar no campo da saúde coletiva é estar diariamente potencializando o saber do usuário, escutando suas reais necessidades para planejamento de ações integrais, através da interdisciplinaridade, intersetorialidade e participação popular. Para isso, é preciso superar paradigmas, reconhecer o não saber, e desafiar-se: construir novas formas de trabalho para além do enquadramento clínico.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Oficina de trabalho para discussão do Plano de Inclusão de Ações de Saúde Mental na Atenção Básica.** Brasília, DF, 2001. Disponível em: < http://www.saudemental.med.br/PSF.html. >. Acesso em: 23 out. 2005.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaios, subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 141-168.

CURSO DE APERFEIÇOAMENTO PARA DIRIGENTES MUNICIPAIS DE SAÚDE. Gestão em saúde: planejamento da atenção à saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília: UnB, 1998. Programa de Educação a Distância. Unidade II.

MINAYO, M. C. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

_____. M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In:_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Centro de Saúde-Escola Murialdo. **Projeto de Vigilância da Saúde**. Porto Alegre, 2003.

SILVA, P. et al. A interface saúde mental e atenção básica. **Boletim da Saúde,** Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 141-155, 2004.

TEIXEIRA, C. et al. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 7, n. 2, abr./jun., 1998.