

Um novo olhar da atenção psicossocial de São Lourenço do Sul após a tragédia de março de 2011

A new view of the psychosocial attention from São Lourenço do Sul after march 2011 tragedy

Una nueva mirada de la atención Psicosocial de São Lourenço do Sul después de la tragédia de marzo de 2011

Aline Vaníel Radtke Bach PEREIRA¹, Helton Luiz BEDERODE², Martha Lettnin HAERTEL³, Patrícia Mary Fritsch HAIDUK⁴, Valéria Cristina CHRISTELLO⁵

RESUMO

Objetivo: descrever as experiências das ações estratégicas de promoção de saúde desenvolvidas no território dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de São Lourenço do Sul/RS. **Método:** este artigo é um relato de experiência sobre as ações estratégicas de promoção de saúde desenvolvidas no território dos CAPS no município a partir da enchurrada ocorrida em março de 2011. Este relato foi dividido em três tópicos que abordaram: a história da enchurrada e suas consequências; as ações de promoção à saúde após a enchurrada; e os desafios/potencialidades enfrentadas pelas equipes de saúde. **Resultado e Discussão:** para consolidar as ações de promoção de saúde intersetoriais se fez necessário conhecer as necessidades da população e principalmente mapear o território onde a população vivia. A saída para o território atentou-nos para o fato que as pessoas atingidas deveriam ser olhadas não somente como “doentes”, lançando-se sobre as mesmas outro olhar. **Conclusão:** considerando que o trauma fazia parte da experiência de vida daquelas pessoas, e desta forma o território tornou-se uma rede com um novo olhar atento à promoção de saúde em busca de novas perspectivas de vida, surgindo novos fluxos e caminhos que formaram uma rede de trabalho mais quente.

Descritores: Promoção da saúde; Saúde mental; Intersetorial.

ABSTRACT

Objective: describing the experiences of strategic actions of health promotion developed within the territory of Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) in the town of São Lourenço do Sul, Rio Grande do Sul State. **Methodology:** this article reports the experiences of strategic actions of health promotion developed within the territory of the CAPS in the town of São Lourenço do Sul after the flooding occurred in March 2011. This report was divided into three topics which included: the history of the flooding and its consequences; the actions to health promotion developed after the flooding; and the challenges or potentialities faced by health care group. **Results and Discussion:** to consolidate actions for intersectoral health promotion it was necessary to understand the needs of the population and most importantly to map the territory where these

¹ Assistente Social, Santa Casa de Misericórdia de São Lourenço do Sul/RS. Especialista em Atenção Psicossocial no Âmbito do SUS/UFPel

² Psicólogo do CAPS- Nossa Casa Mental de São Lourenço do Sul/RS. Especialista em Atenção Psicossocial no Âmbito do SUS/UFPel

³ Psicóloga e coordenadora do CAPS-ad "C.A.R.E.T.A." de São Lourenço do Sul/RS. Especialista em Atenção Psicossocial no Âmbito do SUS/UFPel.

⁴ Terapeuta Ocupacional e Enfermeira do CAPS-ad "C.A.R.E.T.A." de São Lourenço do Sul/RS. Especialista em Atenção Psicossocial no Âmbito do SUS/UFPel.

⁵ Doutorada em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

people lived. Going into the territory made us realize that those affected by the flooding should be seen not only as ill people but that another way of viewing them was necessary. **Conclusion:** considering that trauma was a part of those people lives experiences, the territory became a network with a new and alert view to health promotion in search of new perspectives of life, emerging new flows and ways which created a welcoming network.

Descriptors: Health promotion; Mental health; Intersectorial action.

RESUMEN

Objetivo: describir las experiencias de las acciones estratégicas de promoción de la salud que han sido desarrolladas en el territorio de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) en el Municipio de São Lourenço do Sul/RS, Brasil. **Método:** este artículo es un relato de experiencia sobre las acciones estratégicas de promoción de la salud que han sido desarrolladas en el territorio de los CAPS en el municipio a partir de la inundación que ocurrió en marzo del año 2011. Este relato fue dividido en tres tópicos que abordaron: la historia de la inundación y sus consecuencias; las acciones de promoción a la salud después de la inundación; y los desafíos/potencialidades que han sido enfrentados por los equipos de la salud. **Resultado y Discusión:** para consolidar las acciones de promoción de la salud intersectoriales fue necesario conocer las necesidades de la población y principalmente mapear el territorio donde la población vivía. Al salir del territorio y a estar en contacto con la situación, percibimos que las personas que han sido atingidas deberían ser miradas no solamente como “enfermos” y sí lanzar sobre las mismas una otra mirada. **Conclusión:** considerase que el trauma hacía parte de la experiencia de vida de aquellas personas y, de esta forma, el territorio se tornó una red con una nueva mirada la cual estaba atenta a la promoción de la salud buscando nuevas perspectivas de vida, surgiendo nuevos flujos y caminos que formaron una red de trabajo más bienvenida.

Descriptor: Promoción de la salud; Salud mental; Acción intersectorial.

INTRODUÇÃO

Este artigo é um relato de experiência sobre as experiências (vivências) das ações estratégicas de promoção de saúde desenvolvidas no território dos Centros de Atenção Psicossocial no município de São Lourenço do Sul/RS.

A promoção de saúde pode ser entendida como um conjunto de ações capazes de contemplar às demandas sociais em saúde, atuando em sintonia às políticas e tecnologias do nosso sistema de saúde e desta forma, se caracteriza como uma produção de saúde.¹

Neste contexto, busca-se aprimorar planos de ações que

amenizem os condicionantes de saúde e de adoecimento da população focados nas questões de vulnerabilidade, nas diferentes necessidades, territórios e culturas que o nosso país possui. Visando a melhoria da qualidade de vida, onde a sua concretude se dá através de articulações de uma rede de saúde compromissada e corresponsabilizada em direção a sua garantia.¹

As estratégias de promoção de saúde buscam a melhoria da qualidade de vida da população. E para isso as ações requerem uma abordagem intersetorial onde a promoção de saúde é assumida como

responsabilidade de todos os setores, bem como da gestão pública de cada território definido.²

Sendo assim, a intersetorialidade pode ser entendida como uma troca de saberes e vivências na identificação dos problemas coletivos, nas tomadas de decisões envolvendo políticas e investimentos em vários setores.¹

A intersetorialidade surge como a possibilidade de unir-se forças de diferentes setores da sociedade para garantir a saúde como direito humano e de cidadania, bem como de propiciar um conjunto de ações e de estratégias que a propiciem a qualidade de vida da população.¹

E para consolidar as ações de promoção de saúde intersetoriais é necessário conhecer as necessidades da população e principalmente mapear o território onde a população assistida vive.

As ações de promoção em saúde se caracterizam por estratégias de intervenção na realidade, acontecendo no território, que vem a ser o espaço de vida das pessoas em permanente construção. É uma área geográfica e tudo que existe nela seus fluxos e fixos é permeado de turbulência das relações sociais, econômicas, políticas e culturais.³

Sendo assim, os fixos são representados pelas casas, ruas, fábricas, igrejas, dentre outros; mas é preciso saber que nos fixos também existem os fluxos onde as pessoas são geradoras destes fluxos, que fornecem novas formas de organização e de formação redes. Os fluxos devem criar

espaços de circulação no território constituindo redes das mais variadas composições.⁴ E, neste sentido, o mapeamento do território ajudará a construção de estratégias de promoção de saúde com ênfase no trabalho interdisciplinar visando a qualidade de vida de uma população.

OBJETIVO

Descrever as experiências das ações estratégicas de promoção de saúde desenvolvidas no território dos Centros de Atenção Psicossocial no município de São Lourenço do Sul/RS a partir da enxurrada ocorrida em dez de março de 2011.

METODOLOGIA

Este artigo trata-se de um relato de experiência sobre as experiências das ações estratégicas de promoção de saúde desenvolvidas no território dos Centros de Atenção Psicossocial no município de São Lourenço do Sul/RS desencadeadas após a enxurrada ocorrida em dez de março de 2011. Estas ações interdisciplinares envolveram diversos atores, serviços e setores do município.

O município de São Lourenço do Sul/RS possui aproximadamente 50 mil habitantes, grande parte da população vive na zona rural e situa-se às margens da Lagoa dos Patos, com uma beleza natural exuberante. Porém, em março de 2011 o município sofreu uma catástrofe natural. Após intensa chuva o Arroio São Lourenço que atravessa a cidade transbordou e cerca de 20 mil pessoas ficaram

desabrigadas e oito pessoas morreram. Os bairros mais atingidos foram: Lomba, Barrinha, Navegantes e parte do Centro, bairros estes com alta vulnerabilidade social.

No socorro às vítimas e desabrigados, o município contou com o apoio de dos profissionais da rede de Saúde que é composta por sete Equipes de Estratégia de Saúde da Família, o Programa Primeira Infância Melhor, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II, infantil (CAPS-i) e álcool e drogas (CAPS-ad), Unidades básicas de Saúde (UBS), Hospital Geral, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), equipe matricial. Assim como das demais secretarias: Habitação, Educação, Obras e Assistência Social.

Ainda teve a colaboração de residentes da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), estagiários de psicologia da Fundação Universidade de Rio Grande (FURG), a consultoria da especialista da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em agravos em saúde mental e orientação do consultor do ministério da saúde, o psiquiatra Flavio Resmini.

Nos primeiros dias após o evento houve ajuda da defesa civil do estado do Rio Grande do Sul e das prefeituras de municípios vizinhos.

Sendo assim, este relato foi dividido nos seguintes tópicos: O município de São Lourenço da tranquilidade à tragédia (conta um a história da enxurrada e suas

consequências para o município); Depois da Tempestade a Bonança - A saída para o território (aborda as ações de promoção à saúde, desenvolvidas no território após a enxurrada) e Desafios enfrentados (aborda os desafios e potencialidades enfrentadas).

O município de São Lourenço da tranquilidade à tragédia - a história da enxurrada

No dia dez de março de 2011, o município de São Lourenço do Sul/RS sofreu uma catástrofe natural com as fortes chuvas que atingiram a zona rural do município. Metade da zona urbana da cidade foi atingida pelas águas do Arroio São Lourenço e os moradores ficaram ilhados e com perda material total.

No primeiro momento a ação da sociedade foi organizada em conjunto com as secretarias municipais e foi a de alojar em abrigos as pessoas atingidas que perderam suas moradias. Nestes abrigos as pessoas receberam atendimento de saúde, alimentação, vestuário, medicações e colchonetes. E, podiam contar com o atendimento dos seguintes profissionais da Saúde: enfermeiros, médicos, psicólogos, técnicos de enfermagem, bem como com a ajuda de voluntários, pessoas das comunidades atingidas e não atingidas diretamente pela enchente. Com o abalo sofrido por estas pessoas em decorrência da perda material e do intenso sofrimento psíquico pelo trauma de serem atingidas pela enxurrada, na medida em que

apresentavam melhoras nas condições físicas e psíquicas voltavam para suas casas para começar a reconstrução de seus lares e assim retornavam ao cotidiano anterior à enchente. Ainda que muitas tenham permanecido por até três meses nos abrigos.

Houve uma parceria e mutirão de todas as Secretarias da Prefeitura Municipal de São Lourenço do Sul, secretaria de saúde, de educação, de assistência social e secretaria de obras. Sendo assim, estabeleceu-se um trabalho em rede, que favoreceu o planejamento das ações em saúde vinculadas às necessidades percebidas e, vivenciadas pela população nos diferentes territórios.⁵

Desta forma, o agir sanitário envolve fundamentalmente o estabelecimento de uma rede de compromissos e corresponsabilidades favor da vida e da criação das estratégias necessárias para que ela exista.⁵

Foi fundamental também a intersetorialidade no momento mais crítico que são as primeiras 72 horas⁶ e após este período, pois ações sincrônicas e no mesmo sentido são fundamentais em situações de crise tendo em vista que diversas áreas da vida da população foram afetadas como: perdas de documentação, moradia, móveis, risco de doenças contagiosas e grande desacomodação psíquica.

Devido à demanda da população, foi montado, um serviço destinado ao cadastramento das famílias atingidas

para entregar as cestas básicas, vestuários e móveis.

Nos locais de entrega dos donativos foi criado um espaço onde eram veiculados filmes com mensagens de otimismo, no intuito de motivar a população na reconstrução da cidade e conseqüentemente de suas vidas. Assim como, foram organizados pelos psicólogos da Secretaria de Saúde, atendimentos aos mais fragilizados, tendo a escuta direcionada ao apoio e, se fosse necessário, faziam-se encaminhamentos aos CAPS. Este trabalho de escuta em situações de traumáticas é fundamental, pois possibilita um espaço para que se elabore e acomode psicologicamente a vivência recente.

O trabalho diário de atendimento a população proporcionou um diagnóstico da situação de saúde da população. Foi detectado que muitas pessoas estavam com sofrimento psíquico grave e que isto aumentava a demanda do CAPS. Uma das premissas básicas dos CAPS é o atendimento ao sujeito em crise.¹

Um fato importante constatado foi que inúmeros profissionais da rede de saúde do município foram atingidos pela enchente e estavam sem condições de oferecer uma escuta atenta. A Secretaria de Saúde disponibilizou duas Psicólogas para visitar os funcionários que foram vítimas da enchente. Estes funcionários foram liberados pela Prefeitura durante uma semana para

organizar suas casas e para depois retornar aos seus trabalhos.

Constatava-se ao andar pelas ruas a fisionomia derrotista da comunidade, devido à grande quantidade de entulho e o mau cheiro nas ruas, os profissionais da saúde, precisavam mobilizar a população e criar um clima de que era possível começar novamente.

Houve perdas nas escolas do município, muitas delas com salas de informática há pouco tempo inauguradas. Algumas escolas que tiveram seus muros destruídos, bem como televisores e móveis. A Praia da Barrinha um dos principais Pontos Turísticos de São Lourenço do sul teve seu calçamento rompido ficando sem acesso, esta praia fica situada em um local de intensa vulnerabilidade social.

Conforme os dias passavam percebia-se a fragilidade e falta de perspectiva de muitos profissionais que atendiam à população, e a Saúde Mental necessitava sair de dentro dos CAPS, havia um medo do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Os profissionais sabiam que havia reações esperadas após a situação de crise de acordo com a OPAS que são: medo e a aflição, temor da recorrência da situação traumática, aumento de consumo de substâncias que viciam e desesperança.⁶

Então, criou-se um Grupo de Trabalho constituído de dois psicólogos, três residentes e uma psiquiatra, que passaram a avaliar caso a caso, a partir de um

questionário elaborado pelos mesmos, para classificar as situações de maior risco.

Foi realizada uma atividade com os ACS e profissionais da Saúde, onde durante dez minutos foi veiculado um filme com cenas da enchente e sons emitidos por helicópteros e carros de som, igual ao dia da enchente, para iniciar um processo de elaboração da ressignificação do trauma.

Após, todos foram divididos em grupos de conversas mediados por profissionais da área de Saúde Mental. Nestes grupos os participantes foram apontando sugestões para aliviar as demandas dos serviços de saúde e aproveitaram para sugerir a inserção de Grupos de Saúde Mental nas UBS. Essa já era uma necessidade antes da ocorrência da enchente e já estava acontecendo há nove meses o trabalho de Matriciamento realizado por uma psicóloga e uma psiquiatra nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) do interior do município (zona rural), mas era necessário algo urgente para a zona urbana.

Diante de todo este contexto as equipes de saúde dos serviços de saúde mental decidiram investir nas ações de promoção de saúde e nas ações no território.

Depois da tempestade a bonança - a saída para o território

Entendeu-se necessário a aplicação de um questionário para ter uma ideia das demandas de saúde da população no pós evento traumático, para a partir daí desencadear ações

de saúde pontuais e precoces afim de evitar agravamento de situações e prevenir riscos.

Este questionário foi desenvolvido por um grupo de pessoas engajadas nas ações pós enxurrada, residentes de saúde mental da residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva (RIMSMC) da URGS, agentes de saúde municipais das regiões atingidas, psiquiatra da rede de saúde mental e orientação da especialista em desastres

O questionário, de forma geral, tinha o objetivo de medir as reações ao trauma e detectar populações com risco de agravos. E foi designado dois psicólogos da rede de saúde para acompanhar o trabalho dos agentes e organizar e classificar em gravidade os casos relatados.

Criou-se um sistema de cores para identificar os questionários sendo classificados os casos graves como vermelhos; os que necessitavam uma atenção como amarelos; e os casos verdes as pessoas que estavam com reações esperadas após enxurrada. Ao todo foram realizadas 2174 visitas domiciliares pelos agentes de saúde, que ao serem analisadas conjuntamente (psicólogos e agentes) os números (125 vermelhos, 235 amarelos, 1814 verdes) vem de encontro com o esperado em situações semelhantes. Ainda segundo o manual da OPAS⁶ cerca 80% se adapta novamente ao cotidiano e 20% não conseguem realizar essa volta. No município de São Lourenço, cerca de 16% precisaram de mais cuidado.

Os casos vermelhos desencadeavam visitas domiciliares imediatas dos psicólogos, em conjunto com técnicos das três UBS das áreas atingidas. Os casos amarelos indicados para nova visita dos agentes de saúde convidando a população para grupos comunitários que neste momento estavam sendo organizados.

Nas visitas domiciliares era realizada a escuta mais apurada da condição de saúde das pessoas, a diversidade das queixas foi marcante, mas destacam-se algumas queixas comuns: perda de lembranças familiares como fotos e objetos de estimação, medo de quando chove, as crianças e idosos foram os mais afetados psicologicamente. Estas visitas foram fundamentais, pois através delas se atingiu uma maior apreensão da realidade, também como estratégia de promoção de saúde. E a partir dela iniciou-se a saída dos profissionais de dentro dos serviços.

Os casos que se confirmou a gravidade dos sintomas foram encaminhados aos serviços especializados de referencia os CAPS e em caso de risco de suicídio encaminhados a Santa Casa para avaliação e possível internação. Os casos eram analisados caso a caso em reuniões semanais da equipe técnica formada pelos residentes, dois psicólogos da secretaria de saúde, uma psicóloga da secretaria de educação, o secretário adjunto municipal da saúde e um psiquiatra da Santa Casa.

Nestas reuniões semanais eram elaboradas as ações para a próxima semana e planejamento dos grupos comunitários para os casos classificados com a cor amarela.

Os grupos iniciaram após quatro meses a enxurrada nas UBSs dos bairros atingidos e contou com a participação dos agentes de saúde.

Sendo assim os profissionais dos CAPS sentiram a necessidade de explorar o território e realizar ações de promoção de saúde. O que culminou na criação de Grupos de Promoção a Saúde na Comunidade. A enxurrada foi o estopim, para que o atendimento dos CAPS começasse a acontecer na comunidade, ou seja, construir na comunidade Projetos de Vida e Novas Perspectivas.

O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.⁷ De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.⁷

Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e a singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.⁸

O CAPS deve mapear seu território e trabalhar em conjunto

com os equipamentos sociais disponíveis no município montando ações de inserção social.

A decisão de sair para o território foi porque se constou nas intervenções dos momentos iniciais nos abrigos e posteriormente nos atendimentos grupais e individuais que existiam muitas pessoas em sofrimento psíquico precisavam de ações mais salutaras de promoção de saúde no território.

Na saída para o território, começamos a aproveitar as Escolas que estavam sem muros, como ambiente de recreação as crianças em turno oposto a Escola. Enquanto as escolas eram sendo reconstruindo e sendo limpas e reorganizadas com a ajuda de voluntários que realizam também os mais diferentes tipos de oficinas gratuitas a população. As escolas abertas, com jogos e brincadeiras aos finais de semana.

Foram organizados grupos comunitários nas regiões atingidas, objetivando resgatar e/ou criar ações e hábitos geradores de saúde, como, por exemplo, atividades físicas, exercícios de respiração e relaxamento, estimulação de cuidados com meio ambiente, estratégias do que fazer em casos de emergência e espaço de escuta e resgate de autoestima e empoderamento.

A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção na análise e na formulação de ações

que visem à melhoria da qualidade de vida.⁵

O trabalho em conjunto com os equipamentos sociais do território justificou-se num contexto no qual está em evidência a busca de modelos de atenção à saúde que extrapolem a assistência médico-curativa, pois resgata a concepção da saúde como produção social e busca desenvolver políticas públicas e ações de âmbito coletivo.⁹

Considerando sobre as condições de vida da população, tentou-se extrapolar a prestação de serviços clínico-assistenciais, e investindo nas ações intersetoriais que envolvessem a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde.⁹

As ações pensadas pelos profissionais não eram mais numa perspectiva unicamente biológica, mecanicista, individual, específica, mas numa lógica contextual, histórica, coletiva e ampla.⁹

A disseminação da informação e a educação tornam-se bases para a tomada de decisão, bem como componentes importantes da promoção de saúde, entendidas como processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a saúde.

Para tanto, a promoção da saúde, como uma das estratégias de

produção de saúde, na medida do possível deve implementar ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde, onde o cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e àqueles que visem o espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo nas condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem trabalham.⁹

A realização de parcerias entre serviços de saúde é vital para os cuidados no território e para operar os processos de reabilitação psicossocial. O território engloba as características físicas de uma dada área, bem como as marcas e relações produzidas pelo homem.

Assim, circulam, moram, conversam, relacionam-se nos vários cenários: na casa, família, vizinhança, trabalho, comunidade, festas, momentos de ajuda e de solidariedade. O território vai se compondo pelas características das pessoas, que também sofrem as ações desse território, em processos contínuos de transformação. É ainda no território que as pessoas adoecem; portanto, é nele que o cuidado se faz.

Muitas vezes é difícil lidar sozinho com situações de sofrimento e principalmente quando se trata de um cuidado pós-traumático como a catástrofe de São Lourenço do Sul, é preciso, então, compartilhar essas vivências e responsabilidades com

outros atores e até outros serviços. Sendo assim, as ações dos agentes quando operada em singular parceria com outros profissionais torna essa relação uma arma fundamental para fazer funcionar a produção de saúde e saúde mental.¹⁰

Os grupos comunitários de promoção da saúde foram colocados em ação quatro meses depois da enxurrada em UBS dos bairros atingidos Barrinha, Navegantes e Lomba.

A realização de grupos no território serviu para o resgate e construção de identidade no pós enxurrada. Tendo como base o exemplo de superação de alguns personagens do grupo, se construíram coletivamente soluções viáveis para dramas cotidianos. Nossa prática, baseou-se teoricamente na prática grupal de Pichon Riveire onde as demandas e resoluções partem de cada membro do grupo, pois sob esta ótica, estes são entendidos como os protagonistas do processo de saúde-doença e, portanto produtores de saúde em potencial. O papel do coordenador sempre é o de criar, manter e fomentar a comunicação entre os membros do grupo.¹¹

Sendo assim, descrevemos, brevemente, dois grupos desenvolvidos no território nos bairros Navegantes e Barrinha, pois, estes foram coordenados por um dos autores deste artigo.

Grupo tocando enfrente - Bairro Navegantes

O Bairro Navegantes situa-se em zona não tão vulnerável economicamente, situa-se na zona Leste da zona urbana de SLS e foi em grande parte atingida pelas águas do arroio São Lourenço. O bairro em questão conta com uma UBS em funcionamento em um prédio novo e assim como a UBS da Barrinha estava prestes a se tornar uma UBS com Estratégia da Saúde da Família (ESF).

O Bairro Navegantes conta com uma associação de bairro muito ativa, que hoje tem em funcionamento um biblioteca comunitária com grande acervo de livros e oferece diversos cursos e oficinas neste mesmo local.

A frequência do grupo inicialmente foi semanal e de uma hora e meia de duração e os frequentadores em sua maioria mulheres da terceira idade e donas de casa que tiveram suas vidas mudadas pela enxurrada, além de contar com a participação dos agentes comunitários de saúde e dos residentes da UFRGS e de um técnico da UBS.

No grupo da UBS Navegantes houve forte aderência à proposta grupal por parte da população. Nos primeiros encontros foi feito o contrato grupal com as regras do grupo, e o grupo foi batizado com o nome de “Tocando em frente” ação esta que visou um olhar otimista acerca do futuro das pessoas participantes e da cidade como um todo.

Neste grupo desenvolveram-se várias atividades de promoção de saúde, vale citar plantio de flores e

árvores nativas, caminhada pela orla da laguna dos patos na região próxima a UBS que não foi atingida pela enchente, piquenique de confraternização no final de ano, ida a biblioteca do bairro para conhecê-la e informar-se sobre os cursos oferecidos a população no local.

Além destas ações fora da UBS foram realizadas rodas de conversação e praticas de respiração e alívio de tensão. O grupo proporcionou novas amizades entre os participantes, sendo que a partir dele as senhoras passaram a se visitar. Houve a olhos vistos uma grande melhora na condição de saúde psíquica e física de quem esteve participando do grupo.

Isto ficou claro com uma das usuárias do CAPS Nossa Casa que diminui seu plano terapêutico dentro do serviço especializado desde sua entrada no "Tocando Em Frente". Outro fato que vale destacar, pois foi um grande aliado no processo grupal foi à participação de uma funcionaria auxiliar administrativa da secretaria de Saúde, que foi cedida pela municipalidade para participar do grupo, pois esta senhora já tinha em sua história passada por um grande trauma um ano antes da enxurrada, sua casa foi totalmente queimada em incêndio e em março novamente teve perda total de seus bens com a enxurrada.

Esta pessoa serviu como depositária dos sentimentos grupais constituindo-se como uma liderança do processo de mudança de perspectiva e resgate de autoestima.

trabalhou conosco desde o início das ações colaborando no processo e também por fim se beneficiou de sobremaneira com a participação no referido grupo.

O grupo apontou que se deve investir mais em ações que promovam a saúde da população em seu território e a partir de suas demandas e capacidade de superação das dificuldades que emanam de seu cotidiano que são muito eficazes no atendimento das necessidades locais.

Grupo Barrinha

O Bairro Barrinha situa-se na região Noroeste da zona urbana de SLS. Tem zonas de alta vulnerabilidade sócio-econômica e regiões com intenso tráfico de drogas. Conta com uma unidade básica de saúde com ESF. O grupo começou a ocorrer em meio a esta transição e por conta do novo prédio em construção a UBS estava funcionando em três salas emprestadas pela Escola Municipal Machado de Assis. O grupo também utilizou uma sala desta instituição de ensino, dos pré-escolares.

Os encontros no total de 23 ocorreram uma vez por semana pelas manhãs contando com a presença dos agentes de saúde da região, população local, um ou quando possível, mais técnicos da UBS, psicólogo coordenador e dois residentes (URGS).

Os primeiros encontros o próprio grupo montou as regras básicas que iram nortear nosso trabalho, tais como sigilo sobre os assuntos tratados, o tempo de duração dos

encontros que se definiu sendo o de uma hora e trinta minutos, e que em caso de necessidade algum membro do mesmo poderia ser atendido individual logo após o grupo.

Neste grupo surgiu o que chamamos de “as enchentes”, ou seja, demandas que estavam latentes que emergiram após a enxurrada.

Evidenciando a necessidade de escuta da população e de trabalhos de cunho social que deem conta da forte vulnerabilidade social do território em questão.

Houve pouca aderência ao grupo como hipóteses apontadas pelos agentes de saúde foi o horário do grupo, pela manhã, que dificultou a população que trabalha neste horário.

Esta hipótese foi confirmada pela presença de pessoas da terceira idade que são aposentadas. Outro fator que influenciou bastante segundo nossa inferência foi o local pouco adequado com cadeiras baixas (pré-escolar) e desconfortáveis e por esta sala ser isolada do restante do funcionamento da UBS.

O que permitiu com que a população que estava acessando a UBS por vezes não nota-se a nossa presença apesar de avisada pela equipe local e outro fator importante foi a grande dificuldade de assimilação de propostas novas e principalmente em se tratando de propostas grupais que geram ansiedade e insegurança da população de uma cidade pequena.

O trabalho em si desenvolveu-se bem a primeira organização da sala trinta minutos antes, fazendo um círculo de cadeiras, a segunda etapa é o acolhimento dos participantes e assuntos gerais que serviram de aquecimento grupal, logo em seguida trabalhava-se algum tema que fosse mais sentido de forma comum pelos presentes, neste trabalho se usou técnicas de relaxamento, técnicas psicodramáticas e conversação e finalizava-se com considerações a respeito do que se falou. A maioria dos encontros ocorreu desta forma, em poucos dias fomos até a praia da barrinha e na Praça do Jacaré, locais próximos da UBS para a realização do grupo.

A grande necessidade de se falar sobre as dificuldades pessoais foi muito grande, neste grupo pouco se falou sobre a enxurrada de dez de março e muito se falou do que a enxurrada trouxe a tona. Destacamos das demandas locais a criminalidade e o uso de drogas como importantes focos ansiogênicos da população e ainda se destaca nesta comunidade a grande necessidade de escuta especializada em saúde mental para dar conta dos dramas e dificuldades cotidianas.

Desafios a serem enfrentados

Ainda faz-se necessário avançar mais nas ações da Atenção Psicossocial no território. Investindo-se na saída dos serviços especializados para assumir uma nova forma de cuidado. Utilizando os espaços da comunidade com atividades que

promovam saúde, mudando o foco do processo de saúde/doença e voltando a atenção para ações em espaços abertos como: associações de bairro, igrejas, escolas e praças, por exemplo.

Tivemos a oportunidade de aprofundarmos nossos conhecimentos quanto à atuação dos centros de atenção psicossocial no território; conceitos de promoção de saúde; importância do trabalho em rede; e, assistência grupal.

Acreditamos ter alcançado nosso propósito, cientes de que o espaço de atuação tem como peculiaridade a certeza da permanente transformação, que extrapola o simples entendimento estático de espaço geográfico.¹²

Fazendo-se necessário compreender que as diferentes ações em prol da promoção de saúde acontecerão pela motivação dos distintos atores sociais: população e demais representantes dos outros setores da sociedade. Tendo a certeza da importância de estarmos sensíveis e atentos à representação social das necessidades de saúde representadas socialmente, que sem dúvidas são resultantes das diferentes condições de vida.²

Entendemos que mais do que fazer o indivíduo se interrogar sobre sua queixa ou sintoma, nossa tarefa é o cuidado. Portanto, nosso objetivo é acompanhar o indivíduo em seus gestos, na intenção de contar suas histórias que ele seja capaz de alinhar o que for possível delas. A partir das suas

recordações e revelações, que o sujeito possa vincular fatos, efeitos e tempos, a fim de reconhecer seus movimentos, seus passos e a direção que deseja tomar, para que nessa produção de sentido ele possa, processualmente, se deslocar para o futuro conseguindo deixar a tragédia da enchente para trás.

Mas para que isso ocorra, temos que nos arriscar nesse trabalho de acompanhantes que somos, com a responsabilidade de permanecermos em estado de interesse e respeito, estando com o outro possibilitando a singularidade de cada usuário em sua vida cotidiana por uma vida melhor, isso envolve o alívio dos sintomas, o apoio, a orientação à família, o suporte social, a criação de alternativas de trabalho, moradia e lazer, e a existência de uma referência institucional a que pacientes e familiares possam recorrer.²

As intervenções de promoção de saúde visam à melhoria da qualidade de vida e residem através do processo contínuo de complexidade, diante das suas características de diversidade e heterogeneidade.

No caso de São Lourenço do Sul, especial ênfase vem sendo dada às áreas atingidas pela enchente, principalmente porque a maioria dos bairros atingidos foram aqueles onde prevaleciam a grande vulnerabilidade social e altos riscos à saúde física e mental dos moradores, riscos estes decorrentes dos abalos sofridos com as perdas e danos pós-enchente, estão sendo desenvolvidos projetos que

viabilizem práticas inovadoras, trazendo assim maior qualidade de vida para aqueles que passaram pela enxurrada.

Com os projetos de promoção de saúde, foi possível observar grande revitalização à comunidade e melhora da qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos que no momento de crise toda a comunidade se organizou de forma solidária. Os profissionais tiveram que sair do seu espaço protegido e para atuar de forma diferenciada. Por conta disto houve melhora na comunicação entre os CAPS, na relação entre os profissionais e uma mudança significativa na noção de comunidade, uma vez que esta tragédia atingiu todas as classes e camadas sócio-econômicas. Também constatamos que de forma geral desenvolveu-se no município o resgate de valores humanos como solidariedade, desapego de bens materiais, noção de comunidade, igualdade e a valorização da vida. Formando uma nova consciência que vem servir como base para uma possível sociedade mais justa e menos preconceituosa que valorize a simplicidade da vida.

A saída para o território atentou-nos para o fato de que as pessoas atingidas deveriam ser olhadas não somente como “doentes/adoecidas”, lançando-se sobre as mesmas um olhar para frente de suas vidas. Considerando que o trauma fazia parte da experiência de vida daquelas

pessoas e desta forma o território tornou-se, de fato, uma rede com um novo olhar: o intersetorial, atento à promoção de saúde. Onde novos fluxos e caminhos formavam uma rede de trabalho mais quente, surgindo outro tipo de relação entre os serviços, que são os fixos. Agregando e compreendendo as ações no território como sendo partes de um todo integrado, articulado e dinâmico.

Este relato de experiência tem como limite as peculiaridades da região, contudo esperamos que sirva como exemplo para outras regiões que possam vir sofrer por catástrofes naturais, como a ocorrida em São Lourenço do Sul, no intuito de desacomodar os envolvidos: profissionais e pessoas necessitadas de cuidado pós-trauma, que juntos possam se transformar em atores de práticas mais humanizadas de cuidado com o olhar e atuação voltados nos diversos e possíveis espaços que o território apresenta.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Estabelece a Política nacional de promoção da saúde. Diário Oficial da União. 30 Mar 2006;seção 1.
2. Aerts D, Alves GG, Salvia MW, Abegg C. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. Cad saude publica [Internet]. 2004 Jul/Ago[citado 2012 Abr 24]; 20(4):1020-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=>

S0102-

311X2004000400017&script=sci_arttext

3. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.

4. Santos M. A natureza do espaço: técnica e tempo razão e emoção. São Paulo: Edusp; 2008.

5. Dias MAS, Magalhães Jr HM. Intersetorialidade: Um Olhar de Saúde. Revista eletrônica digital de SMSA-PBH. 2003.

6. Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Saúde Mental e desastres: intervenção na crise Saúde Mental e desastres: internacionalização na crise-Diretrizes para equipes de resposta. Bolívia; 2007.

7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília; 2004

8. Bezerra Jr B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. Physis [Internet]. 2007[acesso em 2012 Abr 24];17(2):243-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>

9. Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção à saúde, concepções, princípios e operacionalização. Interface-comunicação, saúde, educação. 2003 Fev;7(12):112-22.

10. Lancetti A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. Saúde e loucura 7. São Paulo: Hucitec; 2001.

11. Rivière P. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

12. Pereira MPB, Barcellos C. O território no Programa de Saúde da Família. Hygeia. 2006 Jun;2(2):47-55.

Data da submissão: 2011-12-04

Aceito: 2012-05-10

Publicação: 2012-06-15