
Pauta: Saúde Mental: Prestação de contas de 2021-2022 e perspectivas para 2023-2024. Dificuldades, avanços e desafios na área da saúde mental em Porto Alegre

PRESIDENTE JOSÉ FREITAS (REP): (10h05min) Bom dia a todos. Estão abertos os trabalhos da presente reunião da Comissão de Saúde e Meio Ambiente – COSMAM. Hoje com a pauta: Saúde Mental: Prestação de contas de 2021-2022; e perspectivas para 2023-2024. Dificuldades, avanços e desafios na área da saúde mental em Porto Alegre. A pedido da Ver.^a Psicóloga Tanise Sabino, vamos discutir esse tema tão importante. Como convidados teremos a representação da Secretaria Municipal da Saúde – SMS. De imediato, passo a palavra à Ver.^a Psicóloga Tanise Sabino.

VEREADORA PSICÓLOGA TANISE SABINO (PTB): Bom dia, presidente José Freitas, demais colegas vereadores, saudar também a nossa rede de saúde mental. Dizer que cada vereador desta comissão, de tanto em tanto tempo, pode indicar uma pauta, e, para o dia de hoje, fui eu que indiquei esta pauta, como vereadora e psicóloga, é um tema que me preocupa muito. O tema da pauta de hoje será uma prestação de contas de 2021-2022, da área da saúde mental e perspectivas para 2023-2024, para esse final de governo. A ideia é ver dificuldades, avanços, desafios na área da saúde mental em Porto Alegre. Eu indiquei essa pauta por estar preocupada com a saúde mental do nosso Município de Porto Alegre, várias pessoas me procuram buscando ajuda, buscando orientação, informação, principalmente na área da saúde mental, muitas vezes, com dificuldade de conseguir acesso aos CAPSs, aos serviços de internação, principalmente na questão de internação por álcool e drogas. Muitos me procuram questionando sobre quando ficará pronto Centro de Autismo, então é aquela pergunta que não quer calar. Muitos me procuram também por questões relacionadas ao tratamento da esquizofrenia, enfim, todos esses temas relacionados à área da saúde mental. A principal queixa das pessoas que me procuram é o tempo de espera para o atendimento, muitos meses esperando para serem atendidos. Mas, uma vez que são atendidos, sempre, referem um

bom atendimento por parte da rede de saúde mental. Portanto, a pauta de hoje é para tratarmos sobre o tema da saúde mental.

Quero dizer a todos os presentes que contem comigo, contem com essa comissão, contem com os colegas vereadores. Também na questão das emendas parlamentares, agora, os vereadores podem indicar as emendas. Eu já indiquei algumas emendas para a área da saúde mental, aliás, 90% das minhas emendas são para a saúde mental, indiquei para compra de carros para os CAPSs, para o Centro do Autismo, para o postão da Cruzeiro, assim como outros colegas desta comissão também indicam. Nós somos sensíveis a essa causa.

Se me permitem, antes de passar aos demais colegas vereadores presentes, eu gostaria de dizer a dinâmica dessa reunião. Quando a gente pensou essa agenda, estruturamos um roteiro. A primeira pessoa que gostaríamos que falasse nesta reunião seria a Caroline Schirmer, responsável pela Atenção Básica, que sabemos ser a porta de entrada para os serviços de saúde. Muitas pessoas com problemas relacionados à saúde mental vão buscar os postos de saúde, então, eu gostaria que ela fizesse o relato de como é esse primeiro atendimento, esse acolhimento na área da Atenção Básica.

Depois, vamos passar para a Sirlene, que falará sobre as EESCAAs – Equipes Especializadas em Saúde da Criança e do Adolescente, e o psicólogo Sandro Novelli falará sobre as – Equipes de Saúde Mental Adulto – ESMAs. Falarão como tem sido esse trabalho, uma breve prestação de contas de 2021-2022 e os principais desafios para os próximos dois anos.

O terceiro ponto será a SAMU, convidamos o Sr. Günther Mazzini para falar sobre a questão dos serviços de urgência e emergência. Sabemos que hoje vários casos de atendimento da SAMU, em torno 12,15, até 18%, são referentes a transtornos psiquiátricos, então, como tem sido esses atendimentos, como tem sido esse manejo, como tem sido essa orientação. Após o atendimento desses casos psiquiátricos, qual a ligação com a rede de saúde mental, se esses casos são atendidos pela rede. Depois vamos pedir para o Dr. Daniel Lenz Faria Corrêa, coordenador do serviço de urgência e emergência, falar mais um pouquinho sobre a internação, de como tem sido.

A próxima pauta será sobre o Centro de Atenção Psicossocial Infância –CAPSI. Convidei a psicóloga Flávia Darski, que conheci nesses últimos anos, tenho observado o trabalho dela, uma pessoa supercompetente, e gostaria que ela falasse, se possível, dos CAPSI de uma forma geral. Sei que, muitas vezes, a gente acaba falando muito do nosso trabalho local, mas tentar fazer uma leitura geral sobre o serviço do CAPSI. Convidamos também o psicólogo Matheus para falar sobre os Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD (CAPS AD III), da mesma forma, se puder ter essa visão geral de Porto Alegre. Também convidamos a Fernanda Farina para falar sobre os CAPS II, de como tem disso o trabalho, uma breve prestação de contas de 2021-2022 e desafios para os próximos dois anos de governo. Como sempre, convidamos o Dr. Alceu Filho para falar sobre o Centro de Autismo, um breve relato, pois vamos ter uma pauta, em abril na COSMAM, que eu já pedi e será só sobre o Centro de Autismo, mês de conscientização do autismo. Então, haverá uma pauta só sua lá em abril, mas, por enquanto, um breve relato só para nos dizer como estão os preparativos. Por fim, vamos encerrar com Dra. Cristiane Stracke, coordenadora da saúde mental, para fazer esse fechamento de como se encontra o trabalho na área da saúde mental.

O que pensamos como lógica? Estamos na metade do governo Melo. Como tem sido esses dois primeiros anos de governa na área da saúde mental, o que foi feito, tipo uma prestação de contas mesmo, e as perspectivas para os próximos dois anos, o que podemos esperar na área da saúde mental. O nosso roteiro é esse. Eu tinha pedido para o nosso presidente da COSMAM que fosse uma reunião mais interna, com os próprios servidores da Prefeitura mesmo, para realmente discutirmos a saúde mental e mais uma vez nos colocar à disposição. Eu, como vereadora, os demais vereadores, nós somos todos preocupados com essa temática. A ideia é essa, fazer uma análise e ver como podemos ajudar. Inclusive podemos fazer seminários, encontros, reuniões com o prefeito, enfim, usar outros instrumentos que podem ajudar.

Por enquanto é isso, a minha tela inicial. E passo para o nosso presidente, Ver. José Freitas.

PRESIDENTE JOSÉ FREITAS (REP): Muito obrigado, vereadora. A Ver^a Mônica Leal está com a palavra.

VEREADORA MÔNICA LEAL (PP): Bom dia, presidente; bom dia, Ver^a Tanise, proponente desta pauta tão importante; convidados; eu tenho muito interesse em saber exatamente o que foi feito nessa metade de governo em relação à saúde mental e o que será feito daqui para frente, visto que nós temos um componente complicador, que foi a pós-pandemia. Então, eu ficarei atenta escutando. Obrigada, uma boa reunião para todos nós.

PRESIDENTE JOSÉ FREITAS (REP): Peço que os próximos inscritos citem seu nome e o órgão que representam, por causa dos registros taquigráficos. Passo a condução dos trabalhos à Ver.^a Psicóloga Tanise Sabino.

VEREADORA PSICÓLOGA TANISE SABINO (PTB): A Sra. Caroline Schirmer, Diretora da Atenção Primária à Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, está com a palavra.

SRA. CAROLINE SCHIRMER: Bom dia a todos. Eu consegui ouvir a sua fala, eu acho que é bem importante, te parablenizo por essa iniciativa, da gente trazer todos os atores, lembrando que, como outras políticas, a saúde mental é uma política transversal. É importante a gente falar isso, não é porque ela já está dentro da Atenção Primária, a coordenação, que é uma coordenação que vai deixar de atender qualquer outra área dentro da Secretaria de Saúde. A gente tem saúde mental nas urgências, o Daniel está aqui representando, temos a questão de saúde mental na internação hospitalar. Ontem a gente vinha conversando, junto do gabinete do secretário, sobre esse tema, para pensar em ações que envolvam mais as diretorias, que não pode ser... Entendo que a Atenção Primária, por ser ordenadora do cuidado, ela vai partir muitas ações da Atenção Primária, o cuidado, o acompanhamento desse usuário, mas a gente precisa articular entre as equipes de saúde mental, com os CAPSs, agora, entrando o centro de autismo, todos esses serviços que fazem atendimento

precisam estar interligados e acho que esse é um momento muito rico para a gente conseguir aqui dialogar e trazer o que a gente tem de perspectivas em cada serviço. Eu trouxe, na verdade, para o grupo, alguns documentos que a gente utiliza na Atenção Primária. Indo um pouco no que a vereadora propôs, como que se dá o acesso desses usuários dentro da Atenção Primária. Hoje, basicamente, os agravos em saúde mental que são atendidos na Atenção Primária, são os agravos... A gente fala da ansiedade e da depressão, majoritariamente são esses. Temos alguns casos também de demência que são atendidos, são acompanhados na Atenção Primária, alguns casos de esquizofrenia também, mas, majoritariamente, são depressão e ansiedade. Recentemente, semana passada, fizemos um memorando para as equipes para o restabelecimento dos grupos de saúde mental. Então, com diversos considerandos, e principalmente de indicações, de não ser grupo de saúde mental, mas que o grupo tenha um nome que seja denominado pelos próprios usuários, como “grupo da amizade”, enfim, que não estigmatize esses usuários, que esse grupo seja coordenado tanto pela equipe de Atenção Primária com o apoio das equipes especializadas, porque isso é muito importante, a gente vai precisar pensar em conjunto em ações, porque a gente tem muitos pacientes que poderiam estar na unidade de saúde, mas acabam tendo que ficar na parte especializada porque as unidades não estão abertas e não estão, na verdade, trabalhando situações, grupos de convivência, enfim, todo esse olhar. Acho que esse é um disparador, vereadores, bem importante para a Atenção Primária. Nós tínhamos, antes da pandemia, algumas unidades com grupos, mas só para você terem ideia, hoje, menos de 3% – esse é um dado atual – das equipes de saúde têm grupos relacionados com tema saúde mental. Eu acho que o Estado também vem muito nessa prerrogativa de aumentar essas ações coletivas, então a nossa ideia já é, de imediato, 26 unidades; já vão iniciar e a ideia é que essas unidades também sejam espaços para que profissionais de outras equipes que ainda não têm, venham participar, venham aprender junto com as equipes especializadas, com as equipes de saúde da Atenção Primária, que já estão fazendo, como que deve ser conduzido nas equipes da Atenção Primária. Esse é o primeiro ponto.

Acho que o segundo ponto, bem importante da gente falar, e que eu acho que é um fator que talvez venha para bastante discussão, é a estratificação de risco para encaminhamento à especialidade. Hoje a gente utiliza, na Atenção Primária, matriz de agravo. A gente estimula muito que os usuários visualizem, identifiquem dentro da matriz de agravo quais os pacientes que devem ser encaminhados para a especialidade e quais pacientes devem continuar sendo acompanhados na Atenção Primária pelo médico e enfermeiro, pela equipe multidisciplinar. Mas a gente observa também que acaba se tendo um aumento muito grande de encaminhamentos, e isso daí é prejudicial para o sistema de saúde quando a gente fala em rede. O paciente que não é grave, paciente com ansiedade, depressão leve, eles devem ficar na Atenção Primária. Para aqueles pacientes com um quadro mais adoecido, mais agravado, que consigam acessar a atenção especializada. Então, a ideia, na verdade, é a gente pensar em uma estratificação de risco mais objetiva e que oriente, na verdade, de fato, eu sei que a coordenação de saúde mental já está revisando a matriz de agravo, mas seja mais simplificada. Até tem alguns exemplos, Paraná tem um exemplo muito interessante que ele dá uma pontuação para aquele usuário: acima de 30 é considerado grave. Com diversas perguntas – posso abrir aqui para vocês –, a gente consegue saber, bem objetivamente, o que vai ir para a atenção especializada e o que vai ficar na APS. Então, esse é um fator muito importante e que a gente tem como perspectiva para os próximos meses, de colocar.

Outra situação que eu acho importante falar, por mais que a gente fale que ansiedade e depressão é um quadro que já é prevalente na população, a gente ainda tem muita dificuldade dos profissionais de tratar esses agravos, e eu falo tratar, de fato, não medicamentoso, medicamentoso os médicos, enfim, sabem fazer e eu acho que não é essa questão, é como que nós vamos fazer o tratamento para que o tratamento não seja somente medicamentoso. E aí a gente entra... Veio, recentemente, ImpulsoGov, que uma ONG que vai fornecer, na verdade, um curso de TIP – Terapia Interpessoal, para profissionais da Atenção Primária, no intuito já de capacitar a rede para já ir fazendo a terapia interpessoal nas unidades de saúde, com a referência de psicólogos, psiquiatras, para discussão de caso. Isso é bem importante, é outra situação que eu também

acho que a gente precisa fomentar a Atenção Primária, não é só colocar o paciente para ser atendido lá, a gente tem que dar as ferramentas para as equipes que conseguiram de fato atuar. Já vai começar agora, estamos fechando o termo de colaboração com a ImpulsoGov, os profissionais já vão ser... A gente vai abrir as inscrições, eles vão se inscrever, é um módulo. Depois, a Cris, o pessoal da casa pode falar um pouco mais sobre como que vai se dar e qual é o tempo de duração, tudo mais, e a ideia é a gente também repensar e abrir para mais profissionais, daqui a pouco contratar, enfim, para qualificar. Eu sei que a Ver.^a Tanise tem algumas emendas nessa qualificação de profissionais, então a gente precisa, de fato, também qualificar os médicos e enfermeiros que fazem a porta de entrada para esses pacientes que estão na lá Atenção Primária. Da Atenção Primária, o que a gente avalia? Acho que tem essa situação dos grupos; o grupo, na verdade, é um grupo terapêutico, a nossa ideia é essa, não é um grupo para acolhimento ou um grupo para encaminhamento, ele é um grupo terapêutico, no sentido também, pacientes, eu sei que têm aqui coordenações das equipes especializadas, CAPS. Pacientes que estão estáveis, que já estão somente com a medicação, enfim, já estão em alta clínica, eles devem ser encaminhados para esses grupos para também continuar o seu cuidado na Atenção Primária. Então a ideia também é essa, não só pacientes novos, e daí, talvez, a gente vai ter um, dois, três grupos na Atenção Primária, principalmente em tamanho, porque a gente tem equipes que são simples e unidades, como por exemplo o Modelo, que tem sete equipes. Então, o Modelo talvez eu não consiga só um grupo, tenha que ter mais grupos para que eu possa fazer o atendimento. Que a gente consiga também olhar para isso, para que as equipes especializadas também se sintam seguras em conseguir dar alta para essas pacientes e que aquele paciente não retorne em um ou dois meses porque não teve acesso na Atenção Primária; esse também é um olhar que a gente está tendo, muito forte, para ter segurança, e não, talvez até, descambar todo o tratamento, todo investimento que foi feito naquele paciente e ele ficar sem acompanhamento. A gente precisa que tenha continuidade de cuidado. Então, resumidamente, vereadora, acho que o que a gente trabalha é muito isso, é no acesso a esses pacientes; a gente vem investindo muito no acesso à Atenção

Primária. Hoje a gente está com 86% de cobertura; então, 86% dos porto-alegrenses têm uma equipe de Saúde da Família para chamar de sua – a gente fala assim; então, tem uma referência para o cuidado. A ideia não é aumentar mais o número de equipes, mas qualificar essas equipes, pensar em instrumentos que facilitem o diagnóstico. A gente tem algumas ferramentas, como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), enfim, "n" situações que a gente pode utilizar na Atenção Primária; estamos com previsão para esse ano também, a gente foi procurada pela Fiocruz – compartilho com vocês, vou colocar alguns *links* no *chat*, que é Ferramenta PACK, Practical Approach to Care Kit, um compilado das últimas referências, trabalha com as principais agravos da Atenção Primária, tem um capítulo específico de saúde mental; dentro desse capítulo ele aborda, desde o diagnóstico e tratamento das principais dos principais agravos, ansiedade, depressão, esquizofrenia, demência, ele traz, sucintamente, são cinco laudas, bem objetivo, para profissionais da Atenção Primária. Claro, talvez o especialista vá dizer que ele não é completo; não, porque ele não é para especialista, ele é para um profissional que atende outras comorbidades, não só saúde mental; então, precisa ser um instrumento, assim, mais sucinto, com condutas mais definidas. A Fiocruz já fez isso; na verdade, quem faz é uma universidade da cidade do Cabo, a atualização das revisões, mas esse instrumento já é utilizado no município de Florianópolis há muito tempo, onde foi visto que profissionais que utilizam PACK da Atenção Primária têm condutas mais acertadas, eles têm condutas mais uniformes, principalmente os pacientes se sentem mais seguros de serem atendidos por profissionais que utilizam PACK, por quê? Porque a pessoa vai à Carol é atendida de um jeito; se vai ao João, sou atendida de outro jeito. Então, aquilo ali deu uma uniformidade na rede; claro, com muita evidência científica por trás, então a gente também tem uma uniformidade. Acho que isso é o que a gente espera para Atenção Primária, temos algumas questões aí, nesse ano o que já foi feito, estabelecimento dos grupos, que era o nosso principal indicador para este ano. Vamos agora para estratificação de risco para um encaminhamento mais assertivo, para equipe especializada, bem como um trabalho muito forte com as equipes para essa alta dos pacientes que já estão estáveis. Então, da nossa

parte é isso, fico à disposição do grupo para algum questionamento. Obrigada pela oportunidade.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (PTB): A psicóloga Sirlene Gindri, representando as Equipes Especializadas em Saúde da Criança e Adolescente – EESCA, está com a palavra.

SRA. SIRLENE GINDRI: Eu não queria desapontá-los, mas o convite que me foi feito foi para falar da EESCA Santa Marta. Eu não me sinto apropriada para falar das EESCA, não sei se teria alguém da casa que poderia falar...

SR. GÜNTHER AYALA: Eu sou do SAMU, sou o terceiro na fila para falar. Eu tenho uma agenda com os bombeiros agora, se a mesa não se opuser eu gostaria de falar no segundo espaço, para que eu consiga falar, dar a minha contribuição nessa reunião, e, ao mesmo tempo, seguir com a minha agenda presencial aqui no SAMU, se ninguém se opuser. Certo. Obrigado pelo espaço, vereadora, obrigado pelo convite – acho que o Daniel tá *on-line* também –, gostaria de falar um pouco sobre a perspectiva do SAMU. Obrigado, Daniel pelo apoio, pelo convite, por essa possibilidade de trabalhar junto com a Coordenação Municipal de Urgências – CMU, no sentido de tentar viabilizar melhor o atendimento dos pacientes de saúde mental. Eu sou o atual Coordenador-Geral do SAMU de Porto Alegre; na verdade, para falar um pouco de saúde mental, no contexto do que a gente chama de atendimento pré-hospitalar, existe uma série de valências e situações que têm que serem levadas em consideração. A principal delas, que a gente verifica que o SAMU: quando o indivíduo liga para 192, ou é para ele, ou o solicitante é familiar, vizinho, que ligam para nós num momento de absoluto e completo desamparo; são pessoas que estão com nítida ideia suicida, são pessoas que estão desalentadas. Existem fundamentalmente duas coisas as quais um médico regulador tem de identificar: ele tem de entender se esse indivíduo apresenta, para ele ou para outros, no momento, uma situação psíquica que necessita obrigatoriamente de uma intervenção presencial, aí, ele vai despachar uma equipe. O número de equipes

que tem sido despachadas para agravo em saúde mental, atualmente, pelo menos ao longo de todo 2022, foi entre 13 e 15 chamados por dia, que exigem a presença da equipe. Isso não significa que não haja mais chamados, que haja a necessidade da intervenção por parte do médico regulador. Então, qual é o problema logístico que a gente enfrenta aqui no SAMU? A gente tem uma ocorrência por hora, aproximadamente – só para vocês terem uma ideia do que isso representa, o SAMU tem um despacho entre 180 e 200 chamados por dia, que agente, de fato, envia equipe para ver o que que tá acontecendo local. Então, entre 180 e 200; aproximadamente, 10% disso – vamos dizer que sejam 18 chamadas, ou um pouquinho menos – são situações que envolvem saúde mental e que o médico regulador não conseguiu “desarmar a bomba”, digamos assim, pelo telefone, fazendo a regulação médica. E aí a gente precisa enviar as equipes. No nosso entendimento e no entendimento da CMU também, esse trabalho pode ser muito melhorado, no que diz respeito ao atendimento em saúde mental, prestado pelo SAMU, considerando, como eu falei para vocês, várias áreas de atuação. A primeira área é uma área da nossa regulação médica. Em Brasília, onde eu estive no ano passado, há o melhor centro de atendimento em saúde mental do País; em Brasília, na verdade, existe o SAMU Mental, com uma ambulância, composta por cinco elementos. A ambulância de suporte avançado aqui no SAMU de Porto Alegre conta com médico, enfermeiro e condutor. Lá, além de ter o médico, enfermeiro e o condutor, existe um assistente social e um psicólogo; a equipe é composta por cinco pessoas sempre. Existe um motivo para isso: nas prerrogativas que demonstram... Na legislação fala como deve ser o atendimento em saúde mental, inclusive eventualmente gerando a necessidade de contenção mecânica; para que isso seja feito de maneira segura para contemplar a necessidade do paciente com agravo psíquico e da equipe de saúde, a gente precisaria de cinco pessoas. Essa parte, obviamente a gente tem conversado com os entes, tentado fazer com que se entenda como sendo o ponto máximo do atendimento em saúde mental, mas existem dificuldades, como vocês todos sabem, dificuldades de equipe, dificuldades financeiras, dificuldades logísticas. Entretanto, existe uma experiência que funcionou lá e que funciona muito bem, que nós estamos

tentando trazer para cá, é a de que haja profissionais da área de saúde mental dentro da regulação médica do SAMU. Qual é a nossa dificuldade? O telefone não para de tocar; quando o telefone não para de tocar, o médico regulador está ali conversando com a pessoa: “Olha, eu perdi o meu emprego, eu estou pensando em me matar, eu já comprei os comprimidos, eu não sei direito como isso vai acontecer.” A pessoa, literalmente, começa a contar, não está absoluta e completamente convicto acerca daquela ideação dele, e o médico do SAMU, se conseguir e se se propuser a ficar – eventualmente o tempo médio em Brasília é 37 minutos, em torno de 40 minutos – 40 minutos conversando com o solicitante, ele consegue desarmar esses gatilhos, e muitas vezes funciona como uma válvula de escape, quase como uma situação que imagino que funcione como o Disque Suicídio, ou como o Disque Violência, e ele consegue fazer isso, e existe uma diminuição da necessidade de envio de recursos da ambulância na ordem de 70%. Por que isso é interessante para todo o serviço? É interessante para o SAMU, e eu me envergonho de dizer, mas é a nossa realidade: o tempo médio de regulação em casos que envolvem agravos psíquicos gira em torno de sete minutos aqui. E comparado com os outros atendimentos, como tiro, facada, bomba, colisão automotiva, agravos diversos, esse é um tempo substancial, sete minutos. Mas a gente entende também que esses sete minutos são completamente insuficientes para prestar um atendimento de qualidade para esse indivíduo que está com a situação de agravo de saúde mental. Então nós estamos em tratativas com a CMU, com as universidades, com diversos entes, para que a gente tenha profissionais da área de saúde mental dentro da regulação médica do SAMU, e esses profissionais, quando o médico que já está aqui identificar que isso é uma ocorrência de saúde mental, ele vai passar: “Só um pouquinho, estamos passando seu chamado a um profissional especialista na área de saúde mental”. Ele vai seguir com os atendimentos dele em outros agravos e esse profissional de saúde mental vai conduzir o atendimento, teleatendimento, pelo tempo que for necessário, sem que haja necessidade de se preocupar em atender essa constante demanda que vai surgindo na tela do médico regulador, e ele vai se dedicar única e exclusivamente para aquele paciente. Por que isso é bom? Isso é bom porque muitos dos gatilhos podem ser

desarmados, não existe a necessidade do envio da ambulância do SAMU, e o que as pessoas têm de entender e pensar, e por isso que eu falo o SAMU.... Não é a SAMU, porque a SAMU é a ambulância. O SAMU é um serviço extremamente complexo de atendimento, e a gente tem que ter a percepção daquilo que está sendo passado por nós, e muito provavelmente o SAMU, dentre os entes que fazem o acolhimento, é o ente que mais pode errar, porque a gente sequer está presente no local. Tudo que nos passam é reportado, a nossa percepção do ruído que está acontecendo ao redor, do apelo popular, da valência social, tudo isso entra como pequenas variáveis que vão se somando e determinam a necessidade ou não do envio de ambulância. E mais, qual o tipo de ambulância? Vai ser um suporte básico, vai ser um suporte avançado? Quando as equipes chegarem lá, as equipes têm de decidir se esse paciente, e, graças a Deus, a CMU nos forneceu um protocolo que foi submetido à apreciação da Secretaria Municipal de Saúde, e foi aprovado, e como é um protocolo novo, temos tido dificuldades de implantação. Esse diálogo entre SAMU, CAPS, PACS e IAPI tem que ser mais apurado para que os ruídos de comunicação e os pruridos não fiquem tão evidentes, mas o que a gente sabe é que se eu não enviar... Porque o SAMU não vai ficar com o paciente na ambulância. Quando isso foi implantado em Brasília o eventual PACS e o IAPI de lá se deram conta inclusive que era vantajoso para eles ceder o profissional de saúde mental para que ficasse a regulação médica deles lá, porque se o profissional de saúde mental consegue desarmar pelo telefone, não existe necessidade do envio de ambulância, e se não existe necessidade do envio de ambulância, esse paciente vai, eletivamente, a um dos serviços que forem apontados por nós, e não vai ser levado a uma emergência psiquiátrica que muito provavelmente já está super lotada, assim como logo, logo, vão estar os CAPS. Então a nossa perspectiva para 2023 é trabalhar nesse sentido, ter uma regulação médica mais especializada, que consiga denotar mais tempo para os agravos psíquicos, e com isso, utilizando a experiência de outros serviços, diminuir a necessidade de envio de ambulâncias para essas ocorrências, diminuir, obviamente, as altercações, as intervenções truculentas que exigem o apoio da Brigada Militar e da Guarda Municipal, fazendo com que esse atendimento seja mais humanizado e mais, diminuindo o

aporte por parte do SAMU a um sistema de emergência psiquiátrica que não consegue contemplar essa sempre crescente demanda, aliviando, portanto, o número de pacientes que a gente leva para os CAPS, para o PACS e para o IAPI. Eu acho que a mensagem que eu tinha para passar para vocês era essa, me coloco à disposição para perguntas. Acredito que o Daniel vai ficar mais um tempo *online*, eu tenho essa demanda, como eu falei para vocês, com os bombeiros, eles ainda não chegaram, vão atrasar, mas eu vou ficar aqui à disposição e ouvindo e ao final me coloco à disposição para responder todo e qualquer e-mail, e coloco meu telefone à disposição para todos. Muito obrigado pelo espaço. Para aqueles que vão participar do nosso encontro de saúde mental presencial na sexta-feira, teremos novidades até lá também, ou eu ou o Dr. Diego Giordani, que é o RT médico, vai trazer as últimas informações que a gente tem aqui da parte do SAMU. Por ora, obrigado, um bom trabalho.

VEREADORA PSICÓLOGA TANISE SABINO (PTB): Só uma pergunta que eu ia deixar para o final para a gente fazer esse debate, mas já que tu tens que sair, essa questão do serviço de saúde mental que tem Brasília; inclusive já fui lá conhecer também, nós temos aqui no nosso Estado, na cidade de Alegrete, um serviço semelhante. Claro que é uma cidade menor, do interior, eles têm um carro de passeio, mas em Brasília é a SAMU mesmo, aquele carro da SAMU mesmo. Eu te pergunto: Porto Alegre tem pretensão de implantar um serviço semelhante como tem em Brasília?

SR. GÜNTHER AYALA: Porto Alegre entende que Brasília seria o ideal. Brasília opera com recursos com os quais a gente certamente não dispõe, mas não é porque existe o ideal, não é, já que a gente nunca vai conseguir fazer isso, então, porque a gente não deve sequer iniciar do jeito que a gente pode. Uma das alternativas que têm sido conversada é que a gente consiga compor apoios duplos. A gente não vai ter recurso financeiro e nem de RH – pelo menos eu não vejo isso num futuro próximo – para ter essa equipe composta de cinco pessoas dentro da ambulância do SAMU, mas existe a possibilidade de que a gente mude o tipo de apoio que é dado pela Brigada Militar, que passe a ser dado pela

Guarda Municipal. A Guarda Municipal tem esse caráter desde a sua gênese de ser mais uma polícia, uma vigilância ativa de bairros. Então eles olham as escolas, eles fazem policiamento ostensivo na frente das escolas para evitar a atuação de aliciamento, tráfico de drogas, eles fazem a vigilância em locais onde os usuários costumam usar, como são as praças e parques públicos, eles dispõem de um tipo de armamento não letal, que nos agravos de saúde mental, eventualmente, é necessária a sua utilização, eles podem ser treinados por nós. Esse curso que eu fiz em Brasília; na verdade não foi uma visita, foi um curso, nós ficamos lá cinco dias, quatro dias em turno manhã e tarde, entendendo a formação deles para que nós – eu e dois outros colegas do SAMU – nos tornássemos multiplicadores da formação de Atendimento Pré-hospitalar em Saúde Mental. Esse curso já está sendo desenvolvido pelo NEP, que é o Núcleo de Educação Permanente aqui do SAMU, e todos os servidores do SAMU vão ser sujeitos a esse curso, de tal maneira que todas as nossas equipes estão se atualizando para fazer esse atendimento mais adequado. Além disso, existe uma troca de cursos e relação interinstitucional com a Guarda Municipal para que eles sejam treinados por nós também para fazer esse atendimento conjunto, de tal sorte que quando houver um agravo e um atendimento em saúde mental, a gente tem, concomitantemente uma viatura da Guarda Municipal e uma ambulância do SAMU, e isso é possível de ser feito no futuro próximo a esse tipo de situação, imagino acontecendo. Outra situação é que as universidades têm dificuldades em conseguir vagas de estágio para os alunos, tanto da graduação quanto na pós-graduação, alunos da Psicologia em atendimento de urgência e emergência psíquica. Se nós tivéssemos esses estagiários, sejam eles da graduação ou da pós-graduação, supervisionados aqui no SAMU, a gente teria uma alternativa adequada sobre o ponto de vista legal porque eles estariam sob supervisão, uma alternativa barata porque os estagiários certamente custam menos para os cofres públicos do que custam os profissionais que, eventualmente, deveriam ser alocados para cá e que já têm a sua licenciatura plena.

Então existem alternativas, a gente tem conversado sobre essas alternativas com os entes responsáveis, e eu insisto, acho que existe bastante espaço para mudar, mas é também interessante observar – isso eu não posso me furtar de

falar – que em todas as portas de urgência e emergência, por exemplo de Brasília, os pacientes em saúde mental são atendidos. Aqui em Porto Alegre é um dos poucos lugares no Brasil que nós temos dois centros bem estabelecidos que são o PACS e o IAPI e, ainda por cima, o suporte dado pelo CAPS, de tal maneira que eu realmente acredito que não necessariamente faltam leitos, o que falta é uma capacidade de conversarmos e tentarmos, principalmente, evitar a reincidência. Aqui no SAMU a gente basicamente conhece já os reincidentes em saúde mental, eu tenho certeza que isso não é só no SAMU, são em diversas outras portas de entrada em que o indivíduo, seja por questões socioculturais ou socioeconômicas – o Sandro comentou alguma coisa ali, vou ter a oportunidade de ler depois, desculpa, Sandro -, eles têm o atendimento de urgência e emergência, voltam para sua condição e em função dessa condição não se modificar, eles são reincidentes novamente. Isso certamente a gente vai precisar, eventualmente, do apoio da FASC ou dos outros órgãos aí para que a gente diminua a necessidade de intervenção de urgência e emergência. Não sei se eu te respondi ou ficou alguma coisa.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (PTB): É isso mesmo, obrigada. Eu estava olhando o nosso roteiro e temos mais algumas pessoas que vão falar, e eu estava pensando na questão do tempo. Então vamos continuar o nosso roteiro e pedir que sejam explicações mais breves.

SR. GÜNTHER AYALA: Peço desculpas. Eu vou deixar o meu telefone, podem me ligar, é 51.991239113, vou botar no *chat* para ficar ali e me coloco à disposição para fazer essa resposta e mais uma vez obrigado pelo espaço e desculpa por tomar esse tempo.

PRESIDENTE PSICÓLOGA TANISE SABINO (PTB): A minha proposta é a gente seguir a nossa programação. A Psicóloga Sirlene Gindri está com a palavra.

SRA. SIRLENE GINDRI: Meu nome é Sirlene, sou Psicóloga, aqui no EESCA Santa Marta, nós aqui temos uma equipe hoje, atualmente, duas Psicólogas, uma Psiquiatra e uma Pediatra Hebiatra, e a Roselis que é a nossa coordenadora e Fonoaudióloga. O nosso trabalho aqui tem então alguns pilares, um deles é o matriciamento, que é o trabalho junto à Atenção Primária de poder, a partir das demandas nos postos, discutir os casos e ver aquelas situações que a gente poderia fazer um acompanhamento, uma intervenção no nível primário, poder acompanhar os casos. A gente tem alguns desafios que é a continuidade desse trabalho, dessas reuniões. Temos escutado algumas dificuldades na Unidade Básica de poder priorizar esses momentos dessas ações de matriciamento que são a equipe tirar aquela horinha, daquele turno, para conversar com a equipe do serviço especializado e discutir os casos. Isso em alguns momentos mais, outros menos, mas acho que é um desafio. A gente avalia isso como um desafio de poder potencializar esses espaços de discussão de casos, de ação matricial junto à Atenção Primária em saúde. Eu estou falando aqui do nosso trabalho, tem que ver como a coordenação tem acompanhado os outros locais.

O outro pilar do nosso trabalho aqui são os planos terapêuticos singulares que a gente trabalha, os transtornos, os diagnósticos, mas a gente trabalha muito baseado no plano terapêutico singular, cada criança, mesmo com o mesmo diagnóstico vai requerer um certo tipo de internação, um certo tipo de ajuda. Temos alguns desafios também na execução do plano terapêutico muitas vezes, algumas situações de um suporte familiar suficiente para que a gente consiga que a criança tenha, realmente, uma adesão ao tratamento, uma frequência regular que é muito importante em saúde mental, principalmente com crianças, a questão do bico, da continuidade no atendimento. Então a gente tem aí alguns desafios nessa execução do plano terapêutico, um deles envolve questões de saúde mental dos cuidadores, que muitas vezes a gente tem essa dificuldade de um suporte do ambiente familiar, de alguém organizado que possa ser uma referência no tratamento e ser alguém que possa oferecer parentalidade positiva, um ambiente positivo para criança segurar. A gente vê crianças, às vezes, muitos jovens, adolescentes lidando com seus tratamentos, tendo que vir sozinho às consultas, tendo que lidar com medicação, com consulta psiquiátrica sozinho,

muitas vezes, por dificuldade da família se organizar. Esse é um dos desafios. Nós tivemos alguns avanços que foi a questão das passagens, temos algumas famílias que não têm condições de vir quando precisa pegar o ônibus, porque a passagem é muito cara, tem que escolher entre vir ou fazer outra coisa, ou fazer uma refeição. Esse foi um avanço que a gente avaliou aqui na equipe, o fornecimento de alguns vales que a gente consegue para aquelas famílias em que não conseguiriam vir sem o vale, então isso foi um avanço.

Temos o outro pilar que é a alta. Então depois que a gente consegue cumprir, quando consegue cumprir o plano terapêutico, a gente tem altas, ou por maioria, no nosso caso, das EESCA, quando completa os 18 anos e 11 meses. A gente tem também a dificuldade da continuidade do atendimento em saúde mental na faixa etária de adulto, e a gente precisaria também dessa continuidade do cuidado na Atenção Primária; as famílias se sentem desamparadas no momento, algo que eu acho que é um desafio a gente trabalhar a questão dos vínculos do paciente na Atenção Primária, de saber que vai ter alguém lá que vai escutá-lo se não estiver bem, se precisar de um suporte. Então eu acho que é basicamente isso que a gente pensou dos nossos desafios e avanços aqui na EESCA Santa Marta. Imagino que as outras EESCA devam ter também seus desafios. Não sei se querem perguntar alguma coisa.

SR. GABRIEL MAZZINI: Bom dia. Sou assessor técnico da Coordenação de Saúde Mental. Nós temos nove Equipes de Saúde da Criança e do Adolescente em Porto Alegre.

SRA. SIRLENE GINDRI: Do que eu preparei, era isso, falando do Santa Marta.

VEREADORA PSICÓLOGA TANISE SABINO (PTB): O psicólogo Sandro Novelli, coordenador da ESMA, está com a palavra.

SR. SANDRO NOVELLI: A Roselis me pediu que falasse um pouco da ESMA, ela também é coordenadora, os dois serviços estão sob a coordenação dela. Eu não sabia que era para falar em nome de todo mundo, embora conheça um

pouco da rede que tenha sido em outro momento o coordenador... (Inaudível.) e neste momento eu não sei dizer exatamente como é que está sendo a composição das outras equipes. Eu posso dizer um pouco da nossa, a nossa não é uma equipe grande, tem 60 horas de psiquiatra e 40 horas de psicólogo responsáveis pela área do Centro que, a princípio, são 285 mil habitantes. Não é responsável sozinha, mas isso nos cria algumas dificuldades de acolhimento, o que nos cria algumas dificuldades de fazer reabilitação psicossocial, nos cria algumas dificuldades de fazer, inclusive, a transferência dos usuários no momento oportuno. A questão das ESMA's e das ESCA's serem diferentes tem a ver também com a formação. Tem um documento orientador novo que a CASM colocou no início do ano e que foi agora publicizado e que coloca que Porto Alegre, desde 1992, fez uma escolha, numa Conferência Municipal de Saúde, de criar as equipes de saúde mental. Como só tinha um CAPS naquela época, veio a ideia de ter uma equipe, um CAPS, um ESPA, um ESMA, em cada região, CAPS AD e CAPS II. A gente sabe que neste momento na rede falta pessoal e falta muitas vezes articulação. Como eu não tenho mais participado da RAPS, eu realmente fico com poucas condições de dar informações sobre outras equipes. Nós aqui também temos cinco estagiários – até por isso que eu coloquei aquilo sobre o estagiário – de Psicologia neste momento, dois residentes de saúde mental coletiva, talvez três, porque realmente a gente precisa de ajuda para poder desenvolver outras ações. Obviamente é uma atividade que eu gosto de fazer, ser perceptor ou supervisor senão não faria. Pelo documento orientador, portanto, a gente teria que trabalhar com a Atenção Primária e matriciamento, a equipe faz isso neste momento através dos psiquiatras, eu cheguei na equipe há dois anos mais ou menos, mas tem uma nova orientação de fazer grupo, já estamos articulando com os residentes que virão, de eles poderem me auxiliar nisso, porque realmente fica difícil o tempo de 40 horas de organizar grupos na Atenção Primária e, ao mesmo tempo, poder fazer a assistência a pacientes graves. E aí a gente percebe que, por exemplo, a matriz de agravos é uma boa matriz de agravos para transtornos psiquiátricos. Ela consegue avaliar bem situações de psicose, de transtornos do humor unipolar e bipolar e de transtornos ansiosos, mas a matriz de agravos não trata dos

transtornos de personalidade e isso é um problema da matriz de agravos. Quanto ao transtorno de personalidade, talvez é o único que entre ali de forma mais intensa que seria o transtorno de personalidade tipo impulsivo que é o mais espalhafatoso e que gera muitas vezes junto possibilidade de ideação suicida. Os transtornos de personalidade são tão inabilitantes para a vida produtiva quanto são os transtornos de eixo 1; a gente não pode deixá-los de lado, as pessoas deixam de trabalhar por causa disso, elas faltam ao emprego por causa disso, elas têm problemas nos seus relacionamentos. Então isso é algo que a gente tem que, de alguma forma, poder pensar e solucionar, acho que a ideia de fazer as oficinas de manutenção de tratamento – eu chamo esses grupos quando o paciente é egresso daqui, eu prefiro chamar de manutenção de tratamento – ou de apoio à adesão ao tratamento inicial, são fundamentais que a gente possa estabelecer, a Caroline Schirmer falou no início, e que a gente possa ajudar que isso aconteça. A gente, como equipe, está disposta a fazer isso. Não sabemos como são as outras equipes, mas, todas as vezes que a gente faz uma busca ativa de usuários, a gente consegue algumas respostas. Eu trabalhava numa outra equipe, era coordenador, nós fizemos no início da pandemia uma busca ativa de usuários, os usuários da equipe não estavam vindo consultar psiquiatra. Nós fizemos uma lista de todos que consultavam e fizemos uma entrevista semiestruturada, que poderia ser feita por telefone, e agente buscava os usuários para ver o que eles estavam precisando, se estavam conseguindo manter o tratamento ou se não estavam conseguindo manter o tratamento, se tinham dificuldades, se precisavam marcar consulta, se tinham alguma coisa de benefício que eles não estavam tendo acesso para que, aí, a gente viabilizasse isso. Eu vou ser sincero, foi viável porque eu tinha residentes junto comigo, pegando junto para fazer o trabalho, senão eu sozinho não teria conseguido. Aqui nós temos 266 pacientes ativos em tratamento, isso é uma demanda de atendimento para psiquiatra e para psicólogo bastante grande. Então a gente está agora ampliando alguns modos de atenção, tentando fazer grupos terapêutico – muito difícil, mas nós vamos conseguir –, o que está difícil é fazer as oficinas, porque a gente entende que a gente precisa ajudar os pacientes a fazer reinserção psicossocial. A gente tem que ajudar o CAPS, a gente não pode

deixar só o CAPS fazer isso porque ele não vai dar conta de todas as ações. E aí a gente tem que fazer esta ponte para o encaminhamento implicado para Atenção Primária, como o grupo vai acolher, quem vai acolher, quem é lá que vai acolher, essa costura é fundamental para aquilo que a Caroline disse, que o paciente não fique perdido na rede. Se vocês só dão o encaminhamento, ele vai ficar na rede. A gente tem que ver se vai fazer isso por via formal ou se vai fazer um já com as avessas, outros que a gente vai fazer só por contato telefônico, mas a gente precisa fazer de alguma forma. Eu falei um pouco de nós aqui, acho que as duas terapias, tanto a interpessoal quanto a de resolução de problemas, são muito pouco de ser usadas na Atenção Primária. Mas a gente precisa ver se a terapia interpessoal vai fazer diagnóstico só sintomático, que seriam cinco diagnósticos sintomáticos, ou se vai precisar, porque uma vez alguns os colegas participaram de um curso que precisavam diagnósticos extremamente longo. E aí eu me lembro, trabalhava ali, acompanhava as enfermeiras que fizeram o curso, elas não se dispuseram a fazer na época, porque elas teriam que fazer um diagnóstico que estava além das possibilidades delas. Tem coisas para a gente fazer na Atenção Primária, tem treinamento para ser feito e tem coisas para nós fazermos aqui. Cada ESMA é diferente, a nossa é muito pequena, tem ESMA's muito maiores, não poderia falar do trabalho de todos, mas estou falando um pouco do que a gente entende que deve fazer aqui. Basicamente era isso, eu não esperava ter que falar, desculpem, mas não me preparei com mais informações.

VEREADORA PSICÓLOGA TANISE SABINO (PTB): Obrigada, Sandro, pelas palavras, pela exposição do trabalho. O Sr. Daniel Lenz, coordenador do serviço de urgência e emergência em saúde mental, está com a palavra.

SR. DANIEL LENZ: Bom dia. Meu nome é Daniel, sou coordenador do serviço de urgência e emergência em Saúde Mental de Porto Alegre. Sob a minha coordenação está o Serviço Móvel de Urgência que o Günther já explanou um pouco as indicações, como funciona o trabalho do SAMU e também os prontos atendimentos de saúde mental, tanto o PACS como o IAPI. Como o tempo é

curto, eu vou tentar ser mais construtivo. A Ver.^a Mônica Leal perguntou o que está sendo feito e para aonde nós vamos. Acho que o Günther já comentou um pouco sobre o que está sendo feito em relação ao SAMU, de convênios talvez com universidades para trazer psicólogos, para a gente poder ter uma abordagem melhor, uma indicação melhor dentro do SAMU. A outra coisa que nós tínhamos queixa, quando nós entramos aqui na Coordenação Municipal de Urgências era de que a Brigada Militar que geralmente fazia a contenção dos pacientes doentes mentais era truculenta, que não tinha uma abordagem adequada, e nós entendemos que realmente não é a função deles. Então o que a gente começou a fazer? Primeiro uma aproximação em relação à Guarda Municipal. E o NEP, que é um grupo de treinamento do SAMU, está fazendo então o treinamento, capacitando guardas municipais para que façam uma abordagem mais humanizada, uma abordagem mais adequada. Mas lembrando sempre que uma coisa é fazer uma abordagem dentro de uma unidade hospitalar, de um paciente que está em surto, outra coisa é dentro de uma residência, de uma via pública, porque nós nunca sabemos se esse cidadão está portando uma arma de fogo, se está com uma arma branca ou se está portando outra coisa. Então a gente sempre tem que ver que a abordagem em via pública ou domiciliar nunca vai ser exatamente igual da abordagem hospitalar com a qual nós estamos acostumados ou treinados para isso, enfim. A gente sabe que tem que avançar em relação a isso e, por isso, está sendo capacitada a Guarda Municipal, fazendo um projeto-piloto para que a gente desenvolva isso. Outra coisa que a gente está fazendo em relação a isso é que, antigamente, as redes funcionavam como ilhas, e o que eu sempre falo é que nós somos uma única rede de saúde e de cuidados. Quando a Carol Schirmer falou da Atenção Primária, falou dos CAPS, falaram das audiências, tudo é interligado. Então se a gente precisa fazer uma abordagem ampla, porque o próprio Günther citou a questão da reincidência. Então, as patologias são na sua maioria crônicas. Então esse indivíduo vai circular na rede de atenção à saúde a vida inteira. Então a gente tem que saber abordar em todas as fases e buscar o melhor tratamento. Se a gente falhar em algum, vai falhar toda a questão da rede de saúde. Então, o que a gente construiu na rede de urgências? Uma proximidade junto com a

coordenação de saúde mental, com a Dra. Cristiane, de usar os CAPS AD como uma abordagem também na questão da urgência de álcool e drogas, porque isso está previsto inclusive em portaria, essa interlocução junto ao SAMU, à rede de urgências. Então hoje nós criamos um fluxo que envolveu a coordenação de urgências e mais a coordenação de saúde mental, porque o paciente atendido pelo SAMU não necessariamente vai para dentro do procedimento de saúde mental do IAPI ou da Cruzeiro, como era antigamente. Hoje ele está sendo levado também para os CAPS que são equipes multidisciplinares com uma abordagem e com uma capacidade resolutiva de atendimento superior, inclusive que a dos prontos atendimentos de saúde mental. Então isso foi uma grande construção que nós estamos fazendo. E nos CAPS hoje do Municípios são 13 leitos de crise que tem nos CAPS AD de Porto Alegre. É um aproveitamento do que a gente já tinha na rede e que não estava sendo utilizado. Então a gente já está conseguindo aproveitar melhor e fazer com que essa rede funcione de forma adequada. E outra coisa que a gente sempre tem que ver também é a integração que a gente fez junto com Atenção Primária e com a saúde mental da coordenação. O que a gente não enxerga a gente não sabe. Como é que hoje, sem um sistema informatizado... A gente, com toda a questão informatizada que nós temos, a gente precisa integrar. Então nós estamos agora implementando o mesmo sistema que é utilizado no SAMU está sendo colocado dentro dos CAPS para que não só o CAPS também olhe quando o paciente tiver indo... Quando o paciente tiver indo para um CAPS, a gente já sabe previamente o estado de saúde desse paciente, como a gente sabe hoje quantos pacientes têm dentro do CAPS, para que a gente inclusive direcione esses pacientes de uma forma melhor e mais adequada para os CAPS. Então isso é um outro ganho que nós estamos fazendo agora e que a gente vai implementar e melhorar nos próximos meses e no resto da gestão. Outra coisa que eu acho que foi comentado ontem, a gente teve até uma reunião ontem sobre saúde mental, que é a questão da superindicação. Muitos pacientes que estão dentro dos prontos atendimentos, dentro dos CAPS, eles estão superindicados na indicação de internação. Muitas vezes eles podem fazer o resto do tratamento de forma ambulatorial. Então também nós vamos agora agregar e construir protocolos assistenciais junto às

áreas técnicas para que consigamos ter uma indicação melhor de internação desses pacientes e que a gente possa oferecer o melhor e utilizar melhor a ocupação dos leitos. Eu acho que é o que eu tinha para falar. Como eu disse, o tempo é curto, teria outras coisas para falar, mas, de certa forma, é isso o que eu queria dizer num primeiro momento. Estou à disposição para outros questionamentos que forem necessários.

VEREADOR ALDACIR OLIBONI (PT): Eu estou virtual, na rua, mas estou ouvindo atentamente a reunião. O Daniel é coordenador das urgências e emergências, pronto atendimento, e o que nós temos cobrado, inclusive, na prestação de contas, da Secretaria Municipal de Saúde, a Caroline está aí e pode confirmar, é, de fato, para onde estão indo essas emendas que os vereadores estão colocando à disposição. A gente não vê muita resolutividade na execução daquilo que nós estamos demandando. Vou dar um exemplo, eu, como vereador, destinei R\$ 300 mil para o PAC da Cruzeiro para poder investir na emergência e, inclusive, na saúde mental. Ali destinava a compra de camas, revitalização do espaço... E essa preocupação da sociedade continua, o atendimento em si ali está muito a desejar ainda. E lá no início da reunião, a Ver.^a Tanise colocou sobre a importância do que está sendo feito e o que está sendo programado para o futuro. Queria saber do governo, até porque há uma enorme preocupação em continuar apoiando e colocando o recurso, porque é muito lento o processo de revitalização de espaços e de aumento desses espaços de urgência e emergência? Porque à medida que eu tenho uma urgência, o cidadão tem na sua casa, não tem outra porta, não é uma unidade de saúde, é um fim de semana, é um pronto atendimento. E está indo para lá e aí demora, às vezes 8 horas, e quando consegue baixar, fica mal acomodado. Eu preciso ser convencido de que há um interesse em uma preocupação em melhorar esse atendimento. Obrigado.

VEREADORA PSICÓLOGA TANISE SABINO (PTB): Vereador, a minha proposta aqui para essa sua colocação é que a gente possa discutir no final

porque, como a coordenadora geral da Saúde Mental, a Dra. Cristiane, vai falar por fim, eu acho que ela pode incluir isso na fala dela, no fechamento.

VEREADOR ALDACIR OLIBONI (PT): Sem problema, pode comandar aí.

VEREADORA PSICÓLOGA TANISE SABINO (PTB): Então, seguindo a nossa programação, agora é o CAPS Infantil, com a psicóloga Flávia.

SRA. FLÁVIA DARSKI: Bom dia a todos, estou na coordenação do CAPS Casa Harmonia, queria agradecer à Ver.^a Tanise pelo convite. Quero tentar falar rapidamente também aqui, fiz umas anotações para ajudar. O CAPS Casa Harmonia é um espaço de saúde mental que atende crianças e adolescentes de 0 a 18 anos para entrar, ficam aqui conosco até 21 anos, se tiver ainda indicação. As questões que nós atendemos são questões agravadas, com necessidade de reabilitação psicossocial. Acho que os sintomas que mais aparece são: ação suicida, autolesões, crianças e adolescentes que não estão conseguindo sair de casa, ir à escola, usufruir de seus direitos mais básicos, exposição a riscos, quadros de agitação psicomotora, agressividade, uso problemático de substância psicoativa também atendemos, autismo, depressões, enfim.

Somos o único CAPS municipal, acho que isso é uma coisa importante, tem mais dois outros CAPSIs na cidade, mas são convênios com a União – o do Hospital de Clínicas e o do Conceição –, e nós atendemos as regiões centro, sul, centro-sul e Restinga/Extremo-Sul. Ficamos localizados na Rua Loureiro da Silva, 1.995 – bem pertinho da Câmara de Vereadores –, estamos aqui no Centro, ficamos abertos das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira. Recebemos essa regulação via Gercon, os encaminhamentos das unidades de saúde de todos esses territórios e também das internações, caso ainda não estejam vinculadas à rede de saúde mental e tenha alguma situação de internação. Isso foi uma novidade do ano passado, são casos priorizados, e, se tiverem dentro das indicações da matriz de agravo, vem aqui para o CAPSI.

As nossas ofertas, as formas de cuidado: nós trabalhamos com grupos, é um CAPS que há muito tempo trabalha com grupos de crianças, pré-adolescentes e

adolescentes, trabalhamos com grupos de familiares, trabalhamos com oficinas, trabalhamos com visitas domiciliares – essa questão do carro agora para saúde mental facilita, porque é um território bem extenso –, matriciamento também, apesar de estarmos mais centrados aqui no centro e o nosso território ser bem extenso, temos também essa entrada na atenção primária, que é o matriciamento da unidade Santa Cecília. E trabalhamos com muitas reuniões, o nosso trabalho praticamente não acontece se nós não estivermos muito próximos das escolas, dos CRASs, dos Cress e dos espaços de acolhimento funcionais, os abrigos desse território.

Também somos espaços de formação para o SUS, então a equipe aqui tem um reforço de estagiários e também de residentes de saúde mental tanto da Unisinos quanto da UFRGS. No momento estamos na com 132 usuários ativos, esses usuários, pelo nível de gravidade, são atendidos no mínimo uma vez por semana, então, em média, nós temos 300 atendimentos – porque o mesmo usuário é visto no mínimo uma vez na semana – nas mais diferentes modalidades, daquelas que eu citei. São casos muito graves, acho que isso também é importante, daqui a pouco pode parecer: “Nossa, mas que pouco!” Mas é muito diferente, acho que é bem explícito o quanto o trabalho de CAPS exige um atendimento mais longo, com uma equipe que muitas vezes supera até a presença de um ou dois profissionais.

Na perspectiva de falar um pouquinho do que foi 2021 e 2022. O ano de 2021 foi de retomar um pouco do que é a nossa essência, que são os trabalhos em grupo e esse atendimento presencial. A pandemia estava dando sinais de uma certa possibilidade de deixar que as coisas votassem à normalidade, houve avanço na vacinação, e o CAPS nunca deixou de atender, isso muito orgulha essa equipe, mesmo no auge da pandemia nós conseguimos reinventar um atendimento, conseguimos fazer grupos inclusive *on-line*, por redes sociais e por telefone, mas nunca deixamos de atender, e 2021 foi o ano de retomar os espaços presenciais e usufruir tudo que a gente podia de espaços externos e da cidade como um todo. E 2022, ano passado, foi um ano de muitas mudanças, até de alguma forma positiva: colegas novos chegaram na equipe, foi um ano – os colegas estão falando bastante das emendas – em que começaram algumas

reformas, o CAPS está em plena reforma, está sendo revitalizado, e foi um ano de comemorar, de lembrar os 20 anos do CAPSI, então nós conseguimos, no final do ano, chamar – a Ver.^a Tanise esteve presente – um seminário para lembrar, sempre numa perspectiva de fortalecer a saúde mental, essa política pública tão importante que é a saúde mental infantojuvenil que nós executamos aqui. Também no ano passado, uma mudança foi a equipe nova, reflexos da pandemia com aumento de demanda na cidade, isso está sendo colocado nas falas anteriores, e também uma orientação – e isso mexeu conosco, e vem mexendo –, um aumento do número de acolhimentos, de casos novos. A equipe vinha numa perspectiva de um certo receio – não sei se é bem o termo –, mas um hábito de atendimentos de muito longa data, então era bem comum os usuários ficarem aqui conosco um ano, dois anos, e, com o aumento da demanda e do número de acolhimentos, um dos principais desafios que nós temos enfrentado é como manter um atendimento de qualidade, como conseguir que se evitem as internações ou que se reinternem, enfim, como conseguir que a criança ou o adolescente esteja em condições de ir para a vida social, esteja reabilitado, mas também confiar na Atenção Primária, que é outro desafio que nós temos que nos aproximar, nós temos que conseguir um diálogo até no sentido de ser suporte para eles, assim como conseguir dar alta, viabilizar a alta. Para os novos que estão chegando na equipe, talvez até seja um pouco mais fácil, mas entra junto nessa nossa dificuldade de estar, internamente, de maneira mais autônoma e interna, capacitando os novos colegas. Como disse ontem uma colega médica: “Nós somos um serviço especializado, mas os profissionais não chegam aqui especializados, eles vão se especializando na medida que também vão conosco trabalhando”. E essa relação com a Atenção Primária, é confiar mesmo, é conquistar essa relação para conseguir viabilizar as altas e garantir um bom processo de trabalho.

Eu coloquei uma coisa aqui que eu acho que é sempre importante sinalizar, não é da nossa gerência, mas é um sonho dessa equipe – e imagino que seja um sonho da cidade – que é o CAPSI na Restinga, é isso é algo que, para nós, mudaria significativamente, ampliaria possibilidades, eu acho que isso é algo que

sempre é importante ir sinalizando, já que atendemos aquela população lá e do entorno também. Era isso.

VEREADORA PSICÓLOGA TANISE SABINO (PTB): Muito obrigada, Flavia. Seguindo a nossa programação, nós temos o CAPS álcool e drogas – CAPS AD, com o Matheus; depois o CAPS II, com a Fernanda; o Centro de Autismo e a coordenação de Saúde Mental da Secretaria. Então temos mais quatro pessoas, cada uma falará cinco minutinhos, serão mais vinte minutos. Acho que a gente vai conseguir terminar a tempo; depois, no final, passaremos para a discussão e o encaminhamento.

O psicólogo Matheus Kunder, do CAPS AD, está com a palavra.

SR. MATHEUS KUNDER: Bom dia Tanise, bom dia pessoal, é uma satisfação poder estar conversando sobre a nossa realidade, o nosso cotidiano. Sou psicólogo, estou na coordenação do CAPS AD Esperança região Glória-Cruzeiro-Cristal. Junto com o CAPS AD do GHC fomos os primeiros CAPSs AD da cidade, a gente já tem uma história de 15 anos. Vou começar com a parte dos desafios, que são muitos, o Daniel adiantou o assunto das urgências e emergências, então os CAPSs AD têm participado dessa regulação diretamente, o nosso é CAPS AD II, a gente não tem leito de crise, mas não significa que nós não atendemos a urgência e a crise. Dentro dessa regulação, onde os plantões não têm atendido prioritariamente a questão da dependência química – o Cruzeiro e o IAPI –, os CAPSs estão tensionados nesse papel, que está bem, conforme a portaria está na nossa atribuição, mas isso exigiu uma reorganização do serviço, então hoje a gente tem atendido bastante crise, bastante situações de urgência. Claro, como a gente não tem o leito de crise aqui, a gente tem a parceria da CAPS AD IV Céu Aberto para regular esse caso para lá. Então, a gente reconfigurou o CAPS, até falando do nosso cotidiano, a gente teve incremento das emendas parlamentares, desde o ano passado, que nos ajudou bastante para reconfigurar os passos, então, isso nos ajudou enormemente.

Hoje temos todo um andar que a gente configurou para o atendimento diário de urgência de crise. Então, esse é um espaço que hoje é bem utilizado, onde a

gente consegue gerenciar essa atenção de média complexidade e que faz toda a diferença. Eu acho que, quando a gente está discutindo essa questão da urgência de emergência, acaba que fica uma discussão muito do leito. Eu acho importante a gente atentar para a discussão do atendimento longitudinal, que isso o CAPS, no formato dois, tem muita essa potência. Então, a gente é um CAPS acolhedor, que acolhe os bairros Glória, Cruzeiro e Cristal na busca espontânea e também na busca ativa. A gente faz um trabalho junto à população de rua, em parceria com as equipes de Ação Rua da Assistência Social. Então, hoje, a gente tem um CAPS bem aquecido e bastante movimentado de usuários que estão aqui diretamente. E isso a gente vê, no resultado do nosso acompanhamento, o retorno do quanto que as pessoas diminuem o número de internações a partir do nosso acompanhamento. A gente consegue construir esse projeto terapêutico singular, que os colegas já falaram aí, composto pelas oficinas, pelos grupos. A gente tem uma equipe hoje de 12 servidores públicos, sendo seis de nível superior e seis de nível médio, e mais a composição com os residentes, que hoje, neste ano, nós vamos ter um número de sete residentes. Ou seja, uma equipe que busca construir esses planos longitudinais – eu acho que essa é uma questão importante – e acompanhar. O CAPS Álcool e Drogas não é uma realidade só dos nosso CAPS Álcool e Drogas, mas a gente atende muitas comorbidades, porque os vícios a substâncias estão, na maioria das vezes, associados a outras questões, a outros transtornos, também associado a questões sociais. Então a gente percebe que é uma porta aberta que vai para além do uso das substâncias, aí a gente está vendo as pessoas, a realidade de suas vidas. Então o desafio é constante, falando até especificamente do uso de substâncias também tem muita variação, a gente tem hoje, por exemplo, o fenômeno do *crack* fumado com Bombril, que repercute em questões de saúde clínicas de rede da própria dependência química, que é algo que também reconfigura o campo. Então a gente está muito na dinâmica de como esse mercado de drogas funciona na cidade.

Da experiência da pandemia, a apresentação do problema veio de modos diferentes. No primeiro ano, muitas questões de transtornos ansiosos, a questão da insegurança alimentar. Depois, os profissionais que trabalham há 20 anos na

área de saúde mental nunca tinham visto tanta tentativa de suicídio, de ação suicida. Então foi um desafio muito grande. Hoje, eu digo que, falando em uso de substância psicoativa, a gente está colhendo muito a conta disso tudo. A gente tem uma busca espontânea na porta do CAPS enorme. Nossos acolhimentos de janeiro e fevereiro foram acima da média. A gente percebe que essa conta do uso de substância, porque até a pessoa se dar conta de que há um problema e saber onde buscar tem um tempo. Hoje, a gente percebe que essa conta está vindo.

Então, de modo geral, para ser curto com o uso do tempo, quero dizer que o nosso CAPS, hoje, já vivi um momento que dá para chamar de pós-pandemia. A gente tem o CAPS com as atividades coletivas a pleno, as oficinas, os usuários frequentando bastante. A gente retomou os espaços de assembleia, estamos configurando um conselho local de saúde aqui, no CAPS. A gente teve um movimento que mudou o nome do CAPS, no ano passado, então Glória/Cruzeiro/Cristal para CAPS AD Esperança. Então, a gente tem um CAPS, hoje, bastante vivo. E a gente quer muito ser olhado – quero agradecer a oportunidade hoje de falar –, porque a gente vive esse cotidiano aqui, gerenciando crises, produzindo esse trabalho longitudinal, e ao mesmo tempo, mobilizamos os usuários. A gente conta muito com esse olhar e com o apoio das emendas e dos parlamentares.

VEREADORA PSICÓLOGA TANISE SABINO (PTB): Obrigada, Matheus. A Ver.^a Cláudia Araújo está com a palavra.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Obrigada, Ver.^a Tanise. Quero cumprimentar a todos, estava ouvindo atentamente. Eu tenho alguns questionamentos com relação às ESMA's, não sei quem pode me responder. Eu queria saber quantos pacientes são atendidos hoje nas ESMA's? Porque a gente não consegue ter esse acesso. Como se dá esse acesso? – isso é importante. Quem oferta essa vaga? Pelo que eu sei, quem oferta a vaga é a própria ESMA. Quantos pacientes estão... (Problemas na conexão.) ...se faz isso? Então eu acho que isso é importante a gente saber também.

Com relação aos CAPSs, eu tenho algumas restrições, já falei em algumas reuniões que eu tive, inclusive, reunião de secretariado. Eu tive, há pouco tempo, uma experiência em um dos CAPS, onde eu levei uma menina que busquei na rua, que é reincidente, tem problema de drogadição, foi levada para um dos CAPSs. Quando ela chegou nesse CAPS, a primeira palavra que eu ouvi foi: “Que bom que tu voltaste! Tu voltaste?” Acho que isso não é atendimento de acolhimento, fiquei bem preocupada com essa situação, porque ela é reincidente, sim, a família luta todos os dias e constantemente para que essa menina não precise voltar. Ela tinha saído desse CAPS dois dias antes, com o namorado drogado, que a buscou, ela foi liberada sem que a família fosse nem notificada, nem avisada que a filha não estava mais lá, e ela voltou para rua. Eu fui buscar ela dois dias depois, com dois dias de *crack* no cérebro. E a forma como ela foi acolhida foi esta: “Que bom que tu voltaste para nós”. Olhem só, está longe de ser uma condição que realmente faça acolhimento, pelo menos, no meu ponto de vista. Eu peço que me desculpem, eu sei que tem pessoas dos CAPSs aqui, mas é importante a gente trazer essas situações para que a gente possa organizar essa questão. São quatro coordenadores, pelo que me disseram nesse CAPS, não tinha nenhum coordenador na hora em que eu cheguei – nenhum! Um já tinha saído, o outro não tinha chegado, o outro estava de férias e outro não estava. Fica complicada essa situação. Eu acho que a gente está buscando alternativas, buscando falar sobre uma coisa que é extremamente importante. E aqui a gente tem vários ramos: tem a questão do problema mental infantil, que é importante, mas que normalmente ele é o hereditário ou genético, alguma coisa mais voltada realmente para saúde mental; tem a questão do pós-pandemia, tivemos muitos problemas de saúde mental e que precisamos fazer esses atendimentos, mas a gente tem um grande problema de saúde mental voltada à drogadição. E precisamos mudar essa construção dos CAPS, porque hoje eu não consigo ver o CAPS como uma coisa... Ela faz o primeiro acolhimento... Nesse CAPS que eu fui ficam homens e mulheres juntos, não há uma separação. Eu acho que falta tudo para que a gente possa realmente fazer uma condição de acolhimento e que a gente possa encaminhar. Não consigo acreditar que 21 dias sejam suficientes, sem um compulsório. Eu sei que isso

está numa legislação, numa constituição, que infelizmente é falho, porque não resolve o problema. Droga é doença, é um problema gravíssimo que a gente tem, mas que a gente não vai resolver através dos CAPSs, a gente precisa de mais construção para isso. A gente precisa mudar a legislação. Eu acho que a conversa tem que ser que nós, vereadores da comissão, preocupados com a questão da saúde mental, que a gente crie uma comissão especial, que a gente vá a Brasília e que a gente busque alternativas junto com os nossos deputados para que a gente mude a realidade da questão voltada à drogadição. Porque se nós não mudarmos para compulsórios os casos graves e reincidentes, nós não vamos salvar essas pessoas; nós estaremos brincando de trabalhar, nós estaremos brincando de discutir em reunião que nós vamos resolver problemas. Desculpem a minha fala, mas eu acho que é muito importante alguém dizer que não está tudo bem, que não está tudo maravilhoso, que falta muito para gente construir. Acho que a gente trabalha muito a questão de tentar melhorar, penso que há pessoas maravilhosas dentro da questão da saúde, mas acho que o nosso problema dos CAPS, que vem recurso, que tem uma construção tem que ser completamente diferente do que a gente está fazendo hoje. Então, fica aqui a minha fala, e eu queria saber, quem puder me responder, pode ser no final também, referente às ESMAs: quantos pacientes são atendidos, quem dá o acesso, como dá o acesso e quantos pacientes hoje nós temos vinculados? Obrigada.

SR. GABRIEL MAZZINI: Não sei se respondo agora... Acho importante, porque foi bastante veemente a fala da vereadora.

VEREADORA PSICÓLOGA TANISE SABINO (PTB): Pode ser.

SR. GABRIEL MAZZINI: “Que bom que tu voltaste”; essa fala é muito importante, ela é essencial porque acho que os questionamentos da vereadora nascem de uma concepção de tratamento, que é essa que ela acha importante, da compulsoriedade para casos graves. E, de fato, existe existem dispositivos de compulsoriedade para tratamento, dentro do que se entende que é um

tratamento de atenção psicossocial para uma pessoa que faz o uso de substância psicoativa. Essa compulsoriedade se dá na internação hospitalar, porque é quando a pessoa está se colocando em risco, está colocando outras pessoas em risco, e aí a gente não pode... Agora, a base do tratamento comunitário de base territorial, que é o que está previsto na política de saúde mental, está difícil de competir com o gatinho da vereadora... Todo mundo começou a rir eu estava achando que eu estava falando alguma coisa engraçada, mas não; era o gatinho.

A realidade das pessoas que usam drogas, e os CAPS podem até falar melhor do que eu, mas sinto-me compelido a responder, é que a manutenção da abstinência é muito difícil, e a recaída é muito frequente. Então, a nossa concepção de tratamento da redução de danos é justamente essa, é a gente estar sempre disponível e a gente está sempre buscando as pessoas para voltarem ao tratamento. Porque a gente sabe que a recaída é uma realidade e que isso não é o fim do tratamento, mas que a gente está sempre disponível para a continuidade do tratamento. Porque toda recaída também é um outro momento de vida e é algo que a gente pode trabalhar. Então, assim, quando um CAPS fala “que bom que tu voltaste”, é porque a gente tem uma realidade de meninas adolescentes que estão em situação de rua, que estão sofrendo violência e que não voltam. E nem são adolescentes, adultas, idosas, e nem só usando substâncias. Eu estou lembrando de uma senhora que está na rua também, que a gente vai frequentemente lá e tenta trazê-la para o CAPS, tenta levá-la para o posto de saúde para conseguir um acolhimento, e é só com insistência que a gente consegue. Então, prender as pessoas, essa compulsoriedade de tratamento fora desse momento de crise de intensa, de risco grave, já está provado, já é de pleno conhecido que não funciona. Isso era um modelo até os anos 60, 50, é um modelo bastante arcaico de tratamento, para quem estudou. Claro que a gente não vai exigir que todo mundo saiba disso, mas a gente tem que trazer essa história porque foi isso que gerou o Hospital São Pedro, por exemplo, com mais de cinco mil pessoas morando lá. Pessoas nascendo e morrendo dentro do Hospital São Pedro e não conseguindo exercer a sua... (ininteligível.) E é algo que, assim, as pessoas estavam lá dentro, mas

não estavam sendo cuidadas. “Que bom que tu voltaste” é a melhor frase que um CAPS pode dizer, porque a gente está sempre aqui para te acolher, a gente não consegue te prender, te forçar, mas a gente vai estar aqui sempre para te acolher. Agradeço ao CAPS que falou isso, penso que é muito importante a gente marcar isso.

VEREADORA PSICÓLOGA TANISE SABINO (PTB): Obrigado, psicólogo Gabriel, vamos continuar porque o tempo corre, o tempo urge. A enfermeira Fernanda, do CAPS Flor de Maio, está com a palavra.

SRA. FERNANDA FARINA: Eu vou falar um pouquinho do CAPS num contexto de cidade. Hoje, temos quatro CAPS II adultos, então dois próprios – um é o nosso, que fica na Av. Campos Velho e tem também da Av. José Bonifácio – e temos mais o CAPS do Hospital de Clínicas e o do GHC, nesse mesmo formato de atender transtornos mentais. O pessoal já falou bastante da complexidade que é o atendimento no CAPS, e por isso que, no CAPS, às vezes, a gente não pode quantificar, quantos usuários são atendidos do CAPS, que também foi uma pergunta. Porque o CAPS tem um atendimento interdisciplinar, como a Flávia também pontuou, esse usuário vem pelo menos uma vez na semana, no máximo quinzenalmente, nesse serviço, então ele está presente aqui no nosso dia a dia, esse usuário, ele é um usuário mais grave, que precisa de toda essa reabilitação psicossocial, que já está no nome do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Então, ele precisa de todo esse aparato, de uma equipe interdisciplinar para a gente conseguir fazer as intervenções. Não é um ambulatório, onde ele vai consultar, a gente tem todo um outro aparato com o qual a gente trabalha com ela. Hoje, a porta de entrada dos CAPS é o Gercon, então eles vão vir pela Unidade Básica, encaminhados pelo Gercon, com a matriz de agravo, que a Carol falou, e eu fiquei bem feliz que a gente vai ter mudanças, porque a matriz de agravo realmente não contempla muita coisa, e ela deixa um vazio. A gente tem recebido muitos usuários que não têm o perfil de CAPS, e quando a gente fala o perfil de CAPS é isso, às vezes o usuário está organizado na vida, ele tem um trabalho, ele consegue estudar, então ele não precisa desse suporte que a

gente tem aqui; e esse usuário também acaba chegando. A gente tem um outro encaminhamento, que é de alta hospitalar, quando o usuário que teve alta hospitalar de uma internação psiquiátrica ele ganha prioridade 1, então ele chega bem rápido ao serviço para a gente evitar que ele reinterne. Mas o CAPS foi criado justamente para a gente evitar essa primeira internação, então a gente precisaria estar além, só que a gente ainda não consegue. Hoje, com esses quatro CAPS em Porto Alegre, a gente tem, teoricamente, todos os distritos cobertos, a gente tem cobertura, tanto é que o CAPS onde eu estou atende a antiga Glória, Cruzeiro, Cristal e Sul, Centro-Sul; o Centro atende Restinga e Centro. Então a gente atende territórios muito grandes, o que dificulta um pouquinho o acesso de alguns usuários. Às vezes temos usuários da Aberta dos Morros, que não é fácil de chegar, do Rincão, então pela dificuldade. Existe uma questão que eu acho que é bem importante, pois se fala em transformar o CAPS II em CAPS III, ao invés de a gente ampliar no sentido de ser um serviço por região. Eu acho que seria muito mais fácil a gente ampliar, sim, o CAPS II, acho que o CAPS II ficou esquecido quando vieram as drogas, e aí se criou o CAPS AD, e o CAPS II deixou de ter um pouco de investimento. Acho que é bem importante a gente tem um CAPS em cada região da cidade, porque o CAPS tem que ser aquele instrumento onde o usuário consegue chegar a pé, que tem fácil acesso para ele, que ele não dependa de muito transporte para ele fazer esse acesso, para a gente estar mais de perto com eles. Nesses dez anos em que estou no CAPS, essa foi a primeira vez que vieram emendas parlamentares, então a gente ficou muito feliz com esse investimento em Saúde Mental. A gente ganhou diversas e a gente está suprindo essa parte de materiais, de oficinas, de mobiliário também, a gente tem conseguido fazer boas coisas com esse dinheiro. A questão do carro, que a gente está começando a utilizar mais o carro para os deslocamentos, fazendo VD, saindo mais de dentro do CAPS, pois antes era mais difícil a gente sair. Falando um pouquinho de 2021-2022, o pessoal colocou as dificuldades impostas pela pandemia. O trabalho do CAPS é aglomerar as pessoas, então isso foi muito dolorido para nós, a gente ter que parar de fazer grupo, parar de fazer essas atividades, que é o que a gente mais gosta, que é a convivência deles, eles estarem nos espaços sociais, a gente buscar muito sair

com eles de dentro do CAPS, porque quando eles têm alta, eles têm que saber que eles podem estar indo no Gasômetro, eles podem estar indo nos espaços da cidade que eles não vão, são usuários do CAPS, esses mais de saúde mental e isolamento social, eles não conseguem estar nos espaços da cidade muito por causa da doença deles. E a gente trabalha esse tipo de coisa, de eles conseguirem ir nesses espaços e se sentirem pertencentes.

Em 2022, veio o novo normal, a gente começou a retomar as atividades em grupos, retomou os passeios, retomou o centro de atenção diário, se os usuários voltaram, então, para dentro do CAPS.

E vendo como desafio e dificuldade, a gente já comentou ali as formas de encaminhamento, acho que a gente ainda não chegou numa forma adequada de encaminhamento. A gente sabe que, pela portaria, o CAPS deveria, sim, ser porta aberta, mas no formato que a gente tem em Porto Alegre hoje, a gente não vê isso, porque a gente entende que, se a gente fosse porta aberta, a gente iria só acolher os usuários e não teria tempo para atendê-los, seria muita gente batendo para acolhimento. Então, a gente precisaria, sim, ter um CAPS em todas as regiões para fazer esse acolhimento porta aberta, acho que isso facilitaria.

As internações de saúde mental, acho uma pena não ter ninguém de internação aqui, porque elas não têm sido resolutivas, a gente recebe muitos usuários e depois dos dias, às vezes até psicótico, o usuário sai da internação, as internações não discutem com a rede, às vezes os usuários... tinha um plano, o psiquiatra pensou num plano, ele vai internar para trocar medicação, e ele passa 30 dias lá e ninguém conversa conosco. A gente não sabe onde está porque ainda a gente não conversa com o sistema do hospital nem da emergência, então acaba dificultando um pouco. Gastam-se 30 dias numa internação e, às vezes, ela não resolveu o que precisava. A gente não encaminha muito para internação, eu acho o papel do CAPS de prevenir a internação é feito assim, a gente tem poucos casos de crise que se agravam mais quando eles estão aqui. Também sobre os hospitais, eles não trabalham a alta, eles simplesmente colocam o nome do usuário no Gercon e não trabalham nem com o usuário nem com a família, o desejo dele de ir para um lugar como CAPS, se eles têm condições, se têm passagem. Então, é uma série de coisas que deveria ser feita,

não só colocar o nome no Gercon e esperar que venha a vaga, então, acho que falta um pouquinho.

A dificuldade de renovação, a gente tem visto, nesses dois últimos anos, uma dificuldade bem grande, como a gente tem bastante usuário esquizofrênico F20, eles tinham direito ao passe livre pela Agafape, então, esses dois últimos anos isso dificultou bastante, tem uma série de empecilhos ali, coisas que colocaram, e eles têm perdido esse passe livre. Então, são usuários que vinham mais ao CAPS e acabam vindo menos por toda essa questão do passe livre que eles perderam.

A rotatividade da Atenção Básica dificulta, para nós, bastante os vínculos, então a gente fala de novo do que já foi falado aqui, que são os medos. O medo da equipe em dar alta para usuário no CAPS. A gente ficou três anos com o usuário que internava, que estava na porta giratória do hospital, e aí eu dou alto e, em dois meses, ele retorna depois de uma internação, isso é bem complicado, porque ele não conseguiu fazer um vínculo, porque ele acaba caindo na pilha de renovação de receitas da Atenção Básica. O usuário de saúde mental precisa de uma consulta, ele não pode só ser alguém na pilha de renovação do clínico, então a gente tem que falar sobre isso.

Eu acho espetacular o grupo na Atenção Básica facilita muito e evita muita coisa, principalmente a medicalização de casos que não precisam ser medicados. Como desafio e dificuldade a gente pensa também em psicoterapia na rede, a gente precisa ter oferta de psicoterapia, não encaminhar direto para um CAPS, não encaminhar direto para a ESMA. Tem pessoas que a gente não precisa ir já para a parte da medicalização, do médico. Então, a gente consegue tratar coisas antes, e a gente não tem essa oferta de psicoterapia pelo SUS.

A questão do matriciamento também é importante, é uma coisa que ajuda muito a Atenção Básica e também nós fazermos um vínculo com a Atenção Básica para que tanto eles tenham segurança conosco quanto nós termos segurança quando a gente vai encaminhar o usuário.

A gente tem uma falta também em toda a cidade de atividades coletivas, centros comunitários, locais que a gente possa encaminhar. Então, às vezes, ele está aqui no CAPS fazendo diversas atividades durante a semana, e ele tem alta e

perde tudo isso. Às vezes, tu consegues alguma atividade que outra, mas a gente não consegue suprir essa coisa. Às vezes, as pessoas dizem: “Ah eu quero te encaminhar ele para participar dos grupos”. Que bom se eu tivesse, se eu conseguisse ter pessoas para participar só dos grupos também, mas hoje, com a demanda que a gente tem, a gente não consegue fazer só esse tipo de trabalho.

Acho uma coisa bem importante de pontuar é ter casas próprias para o serviço de saúde mental. Hoje a gente está em casa alugada, tanto nós quanto o CAPS do Centro. Então, são casas que a gente acaba adaptando para um serviço de saúde mental, então, não é o local mais adequado. Seria importante ter um imóvel próprio para esse serviço.

O RH das equipes não ser o RH mínimo, a gente acaba ficando sempre com a questão do RH mínimo, o que o Matheus disse: seis de nível superior e seis de nível médio.

A questão da SAMU também, de quando a gente precisa uma remoção para uma emergência, que não precisasse vir nem Brigada, nem SAMU, nem Guarda Municipal, porque, se o usuário já está num serviço de saúde mental, a gente vai saber conduzi-lo, então não precisaria estar junto.

E a perspectiva, falando um pouquinho aqui do nosso CAPS, a gente vai fazer 30 anos no dia 18 de maio deste ano, é o serviço mais antigo de saúde mental aqui de CAPS. Então, a gente está prevendo uma festinha para comemorar esses 30 anos, mas na perspectiva de que a gente possa voltar a fazer matriciamento, sim, com as unidades para a gente ter esse estreitamento de vínculo com as unidades. E a gente ter uma Atenção Básica consistente, que consiga efetivamente dar retaguarda e seguir o trabalho com os usuários.

E essa questão também, tinha colocado como perspectiva de grupos, mas já foi contemplado em todas as falas. Eu acho que é isso, só para ser mais breve.

VEREADORA PSICÓLOGA TANISE SABINO (PTB): Está certo. Obrigada Dra. Fernanda. Devido ao avanço do tempo, eu quero passar ao Dr. Alceu e te pedir, Dr. Alceu, para que pudesse focar somente na questão da previsão de

inauguração do centro de autismo, se será em abril, no mês da conscientização do autismo, ou vai ser quando. As pessoas não param de me perguntar isso.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Ver.^a Tanise, eu gostaria que alguém respondesse às minhas questões também se for possível.

VEREADORA PSICÓLOGA TANISE SABINO (PTB): Sim, depois do Dr. Alceu vai ser a Dra. Cristiana, que é a coordenadora da Saúde Mental, acho que pode fechar com as suas questões e outras que ficaram em aberto.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Está bem, obrigada.

SR. ALCEU FILHO: Bom dia a todos, bom dia, vereadora, vereadores, diretores presentes; em dois minutos, eu vou tentar resumir, porque nós vamos ter uma pauta específica sobre autismo. Bom, então, nós avançamos bastante na questão do certame, teve o edital, já tem vencedor, nós já entregamos o plano de trabalho. Dia 20, agora, com verba da emenda parlamentar, nós começamos o curso de capacitação, vai ser no auditório do hospital para 60 servidores da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS –, onde estará sendo feita uma capacitação para poder fazer esse reconhecimento, encaminhamento das questões do autista com emenda parlamentar. A mobília do CERTA também foi feita com emenda parlamentar, ou seja, o único ponto que nós estamos literalmente ainda travados, o PL que tinha sido liberado para o CERTA 2023 está na Secretaria da Fazenda. Então, está há cerca de 10 dias lá, a Ver. Tanise pediu se a gente precisasse de alguma ajuda. A gente tem tencionado, o PL já foi liberado para educação, lembrando que é um equipamento que é da saúde, mas faz uma articulação com a Secretaria de Educação e Secretaria de Desenvolvimento Social. Nós já estamos bastante avançados também com a questão da regulação, vão ser duas regulações. Então assim, está aguardando apenas a liberação desse PL para a gente fazer a assinatura do contrato, e daí já começar. Eu não sei se vai ser possível para o dia 2 de abril em função dessas

duas semanas de paralisação, mas provavelmente a gente consegue ainda em abril. Então, basicamente era esse ponto.

VEREADORA PSICÓLOGA TANISE SABINO (PTB): Está certo. Obrigada, Dr. Alceu, por ter sido bastante breve.

Vou passar a palavra à Dra. Cristiane Stracke, coordenadora da Saúde Mental, tentar fazer um fechamento, algo que ficou de fora, algo que precise falar.

A Dra. Cristiane Stracke está com a palavra.

SRA. CRISTIANE STRACKE: Eu vou fazer uma apresentação, serei bem breve, prometo, mas acho importante a gente falar em termos de gestão, isso já foi apresentado na semana passada em relação ao relatório de gestão, o que foi atendido nos nossos serviços, em consultas individuais, de grupo, ações de matriciamento. Isso não foi falado, então, eu quero falar um pouquinho aqui, agradeço já participação da regulação, que levantou esses dados aqui em relação a internações. Realmente foi falado, também vou fazer aqui uma observação em relação às internações. Nos últimos dois anos, nós tivemos aí mais de dez mil internações, sendo que quase metade delas em relação à dependência química e a outra metade é em relação a outros transtornos que não álcool e drogas, e, realmente, a gente está percebendo essa superindicação. A gente tem conversado sobre isso com os outros setores, eu, como médica, junto com outros médicos, já que a gente está falando de uma prerrogativa médica, a indicação da internação. Então, nós, entre médicos, conseguimos conversar melhor, estamos avaliando a indicação de internação. Como o Günther muito bem colocou, a gente não precisa de mais leitos, o que a gente precisa é qualificar melhor as internações.

Em relação ao que foi falado; também já estava aqui contemplado para gente falar sobre os leitos que os CAPS AD III e IV possuem. Então aqui a gente tem, do ano passado, o relatório de ocupação desses leitos. Só uma correção do que foi falado, nós temos nos CAPS III, nós temos no total oito CAPS, o CAPS II AD II, que o Matheus falou agora há pouco, nós temos depois seis CPAS AD III e o CAPS AD IV. O CAPS AD III tem 12 leitos, mas só três são para atendimento à

crise. O CAPS IV tem 20 leitos e 11 são para atendimento AD III. Então é importante a gente pontuar e ressaltar, porque os CAPS AD, que são os que tem leitos em Porto Alegre, eles não são serviços de urgência e emergência, embora ele esteja contemplado sim na portaria que os CAPS todos estão aptos a atender situações de crise, como o Matheus colocou, mesmo não tendo leitos eles atendem. Mas eu acho também que ficou bem claro aqui, pela fala dos nossos coordenadores de serviço, o quanto vai além, muito além disso, o trabalho dos CAPS, em ações *in loco*, principalmente com a população em situação de rua e outros atendimentos diversos de ressocialização, de atenção psicossocial, que vai muito além da urgência e emergência. Então os CAPS fazem, articulam, junto com o SAMU, o atendimento de urgência, mas é importante ressaltar que eles não são um serviço de urgência e emergência, e tivemos uma média de 80% da ocupação então desses leitos de acolhimento no ano passado.

O que a CASM, o que a gestão fez em 2021/2022. A gente elaborou e publicou a política de saúde mental, fez a atualização também, como já foi mencionado, desse documento orientador para as equipes de saúde mental, organizando os processos de trabalho de uma forma mais equânime, orientando as atividades, como deve funcionar, os tempos de consulta, fizemos a revisão do Regimento dos Fóruns, da RAPS, que estão funcionando regularmente, com reuniões previamente agendadas, com uma frequência organizada.

Tivemos a organização da 4ª Conferência Municipal de Saúde Mental, em parceria com o Conselho Municipal de Saúde, e participamos também da estadual. Estamos aguardando a nacional, como delegados, para participar também.

Tivemos ações relativas à demanda por acolhimento em residencial terapêutico, tivemos muitas ações em relação ao serviço residencial terapêutico, porque hoje o gasto da Prefeitura é de milhões com ações judiciais em relação a esse tema explicitamente.

Tivemos a elaboração de um edital de chamamento público, que está ativo, está aberto esse chamamento público. Inclusive podem divulgar, a gente está aguardando os candidatos. Então a implantação de mais seis SRTs na cidade.

Tivemos a criação de um Núcleo Integral de Avaliação e Acolhimento, uma parceria junto com a FASC, porque a FASC também tem os seus serviços de residencial, e a gente vê muita confusão, tanto para eles quanto para nós, de encaminhamentos equivocados. Então criamos esse núcleo híbrido, em parceria com a FASC.

Estamos discutindo muito ativamente com o Ministério Público e Defensoria Pública, criando fluxos para esses encaminhamentos para residenciais. Criamos já um fluxo piloto com a Defensoria Pública, com a elaboração de um formulário para quando as pessoas chegam lá na Defensoria para esse fim, solicitando um ingresso, um acolhimento em SRT, que a gente entende que deve ser um último dispositivo e não o primeiro, como a gente tem visto muitas vezes. Então a Defensoria Pública acaba, a partir de um formulário, de um fluxo que nós construímos juntos, encaminhando essa pessoa para um atendimento em saúde mental que muitas vezes vai ser pela primeira vez.

Tivemos, no final do ano, um seminário, onde falamos de tudo isso, junto a APS, ao serviço especializado, esclarecendo o que são as moradias públicas, onde elas estão, quem faz a gestão, e falando de tudo isso, levando esclarecimento aos profissionais.

Tivemos também revisão e criação de fluxo, implantação de fluxos com a internação, como foi mencionado, porque a gente vê aí muita porta giratória, esses usuários que ficam só usando a emergências, internações e acabam não chegando no serviço de saúde mental. Então a gente implantou esse fluxo para melhorar isso. A atualização do fluxo também foi mencionada, das urgências e emergências, ainda estamos em construção. Também foi mencionado que temos mais uma reunião na sexta-feira para tentar organizar melhor esse fluxo, mas alguma coisa já está encaminhada e em andamento.

Tivemos a publicação de uma nota técnica falando da questão dos parâmetros de acolhimento para pessoas transgênero, dos serviços de internação de Porto Alegre.

O aumento da oferta de primeiras consultas pelos serviços especializados, eu já vou falar então e responder a uma das questões da Ver.^a Cláudia. A gente tem uma média que também foi mencionado ali pelo colega, uma média de

atendimento em torno de 200 a 300 usuários, e isso varia, porque as equipes têm tamanhos diferentes, com RHs diferentes. Então isso varia. Não existe um número único para todas as ESMAs e EESCAAs, cada uma vai ter um número determinado de atendimentos.

As agendas, eu vou falar em seguida, mas nós estamos fazendo a gestão da agenda através do Gercon. Então nós, gestão da CASM junto com a regulação, estamos em constante avaliação, e nós passamos a fazer cálculos em cima do que é ofertado, do que tem de consultas livres, enfim, qual é a capacidade de cada equipe. Eu me lembro que cada equipe tem que ter um olhar específico, porque elas são diferentes, com cargas horárias diferentes, funcionamentos diferentes, fila de espera diferente. Então nós estamos fazendo a gestão da oferta de primeiras consultas das ESMAs, de todas na verdade, não só das ESMAs, mas a vereadora perguntou das ESMAs, acho que respondi, mas fico à disposição se precisar de mais alguma informação.

Tivemos ações no Setembro Amarelo, caminhada na Redenção, tivemos seminário no Centro de Saúde do IAPI, material gráfico informativo. Tivemos, como já foi mencionado pela Flávia, um evento no CAPSI maravilhoso, comemorando os 20 anos do CAPSI Harmonia.

De planejamentos; já falei um pouquinho, a gestão ativa das agendas do Gercon; vou comentar a implementação de grupos de saúde mental que já foi amplamente falado aqui.

Comentar mais a questão do apoio matricial, APS, a disponibilidade de carros. Já faço o agradecimento público à Ver.^a Tanise que destinou uma emenda para que a gente pudesse ter estes carros à disposição, e agradeço todas as emendas, recebemos muitas emendas, foi possível comprar material, como também foi mencionado, para as oficinas, fazer a melhoria dos espaços físicos, seja com mobiliário ou com pequenas reformas.

Estamos prevendo capacitações este ano mais voltadas para a questão do matriciamento, temos algumas metas estabelecidas em relação a isso. A revisão então na matriz de agravos versus nível de atenção, que a gente entende, e acho que o Sandro colocou muito bem, a gente entende que precisa aí uma revisão sim. Então este ano a gente pretende já fazer isso.

A implantação dos seis SRTs que tem o edital aberto. A gente sim entende que é preciso implantar mais CAPS III na cidade, seja para atendimento de infância e juventude, seja para atendimento de adultos, e aí voltado sim para transtornos outros que não AD.

A gente precisa muito cumprimentar o RH das equipes. Aos poucos estão acontecendo nomeações, que há muitos anos não aconteciam, mas aos poucos a gente está recebendo, e aí temos os outros setores da Prefeitura muito sensíveis à nossa necessidade.

Promover a qualificação dos registros de procedimento e análise. Foi comentado também da ImpulsoGov, que é uma empresa que está nos auxiliando também na questão da análise dos dados que a gente tem, e é o que a gestão precisa fazer, analisar os dados e planejar em cima disso. A gente está compondo, então, um grupo de trabalho para elaboração do Plano de Atenção e Prevenção às Violências no Município de Porto Alegre, junto com a Vigilância e outros setores das políticas públicas de saúde da nossa DAPS.

Implementar os fluxos referentes às demandas de acolhimento, que são esses fluxos que vêm sendo desenvolvido nesse núcleo híbrido com a FASC. Implementar o prontuário e-SUS nos CAPS – eu acho que 80, 90% das equipes já estão usando. As que ainda não estão usando a gente vai capacitá-las agora neste mês ainda, porque são poucas que ainda não estão usando. Mas implementar, então, porque as equipes vinham usando de uma forma até emergencial. Foi desenvolvida, dentro do sistema Gercon, uma possibilidade de prontuário eletrônico, mas o sistema não foi criado para esse fim. Então, hoje, como é possível que a atenção especializada possa usar o e-SUS, que antes só podia ser usado pela UPS, então estamos migrando para o sistema e-SUS, que é um sistema voltado para prontuário eletrônico.

As capacitações que a gente vai percebendo, como eu disse, a prioritária agora é em relação ao apoio matricial, mas a gente tem já outras solicitações de capacitações, tanto para APS, quanto para equipes especializadas.

Desafios e dificuldades, eu fui sucinta ali, mas a gente teve um corte significativo no orçamento para a saúde de modo geral, e a saúde mental sofreu um pouco com isso – um pouco bastante, eu diria. A complementação de RH ainda é uma

dificuldade, um desafio. A gente precisa reestruturar a rede e adaptar à realidade, seja com a realidade pós pandemia, com o aumento significativo de encaminhamentos. A gente teve um aumento muito, muito significativo de encaminhamentos para saúde mental; as pessoas perdendo poder aquisitivo, indo para o SUS.

Tentar adaptar o que a gente tem de serviço e de RH à realidade, desde a questão da alta – que foi falada também. No serviço especializado, talvez, uma mudança de cultura, de paradigma. O serviço especializado precisa ser mais resolutivo no sentido de atender a situações que precisam de um olhar especializado, mas também devolver para a Atenção Primária quando o usuário estiver estabilizado.

E a interlocução e ajustes de competências dentre os mais diversos setores, desde os de dentro da Secretaria da Saúde mesmo; os que estão dentro da Prefeitura, os que estão fora total. Então são vários setores que, como foi dito inicialmente pela diretora Caroline, a saúde mental é transversal, ela circula nos mais diversos setores, e a gente precisa estar sempre conversando, articulando e principalmente definindo algumas competências. Então, muito brevemente era isso que eu tinha para falar.

VEREADORA PSICÓLOGA TANISE SABINO (PTB): Obrigada, Dra. Cristiane. Colegas, servidores públicos, psicólogos, enfermeiros, enfim, a rede da saúde mental que está aqui presente, nós estamos encerrando essa reunião. Entendo que foi uma pauta bem importante discutir a saúde mental do nosso município é um tema que, com certeza, daria um seminário de, no mínimo, umas oito horas aqui. Fiquei pensando que inclusive podemos organizar isso no futuro. Acho que avançamos bastante, mas temos muitas coisas ainda para construir, trabalhar. Eu até fiz um resumo de tudo aqui para salientar os principais tópicos – não quero ser enfadonha, mas, por exemplo, uma das coisas que nós temos que focar é a questão do CAPSI infantil na Zona Sul de Porto Alegre, no bairro Restinga. A Dra. Flávia falou aqui que nós temos um CAPS infantil próprio e que atende todo o pessoal da Zona Sul. Então eu fico pensando como é que fica o pessoal do Lami, da Restinga, tem que vir tudo para a região central –

precisamos de um CAPS infantil na Zona Sul. Na Restinga temos somente o CAPS Álcool e Drogas. Precisamos qualificar realmente a questão do serviço de urgência e emergência, pensar nesse projeto que é muito bacana da saúde mental. Essa questão que foi falada do CAPS AD como parceiro da SAMU, de quando a SAMU atender os casos psiquiátricos e conseguir encaminhar para os CAPS AD. Então, assim, eu anotei tantas coisas. O psicólogo Matheus falou assim: “Que bom que a gente está sendo olhado.” Essa fala me chamou atenção. A enfermeira Fernanda do CAPS II falou sobre a questão da importância dos CAPS portas abertas. Então acho que isso também uma outra questão que nós temos que discutir; é importante ser CAPS porta aberta. A Fernanda também falou sobre a questão da psicoterapia no SUS, por que hoje, claro que o remédio é importante – nós sabemos que o remédio, o tratamento medicamentoso é importante –, mas é preciso falar, não é? Com quem essas pessoas conversam, com que essas pessoas falam, com quem essas pessoas se tratam? Nossa, eu anotei tudo que foi falado, acho que tem muitos encaminhamentos. Eu me coloco à disposição dessa equipe, desse grupo que está aqui. E eu vejo que tem outros vereadores desta comissão que também são bastante atuantes na área da saúde e saúde mental. E, no que nós poderemos ajudar, por meio de emendas, de reuniões com o prefeito, por projetos de leis indicativos, enfim, esse é o nosso papel como vereador, vereadora estarmos ajudando, auxiliando a área da saúde mental.

VEREADORA CLÁUDIA ARAÚJO (PSD): Eu só queria antes complementar e pedir que nós levássemos em consideração o meu pedido de nós criamos, enquanto comissão de saúde, uma comissão especial para que nós possamos tratar a questão do compulsório. Eu acho que isso é bem importante. Gostaria de deixar como encaminhamento.

VEREADORA PSICÓLOGA TANISE SABINO (PTB): O.k. O nosso Presidente da COSMAM, o Ver. José Freitas, está com a palavra.

PRESIDENTE JOSÉ FREITAS (REP): Eu queria parabenizar todos os profissionais da saúde mental. A gente sabe que, quando se trata de saúde mental, não é fácil para quem está lá na ponta, para os profissionais. Eu vejo que os gargalos são os mesmos ainda desde a época em que fui conselheiro tutelar por sete anos aqui na nossa capital; a questão dos CAPS. Então, falta investimento, falta RH.

Eu digo que, das minhas emendas parlamentares, 80% são para saúde, e eu prometo que, a partir de agora, eu vou dar uma maior também para a saúde mental, por que a gente vê que os problemas se arrastam por anos e anos porquê? Porque, na verdade, quando falamos de saúde mental, eu vejo como um poço sem fundo, e os profissionais enxugando gelo, o governo enxugando gelo. Então falta muito investimento para atender uma gama maior; é muito investimento, e principalmente falta RH também para atender lá na ponta. Enaltecer também a Guarda Municipal porque ela está sendo capacitada para o atendimento de casos de saúde mental. Então acho que tudo que nós fizemos ainda é pouco dentro do que é necessário dentro da saúde mental para o atendimento. Então, unindo esforços e, como a senhora colocou, Ver.^a Tanise, nos colocamos sempre à disposição. A COSMAM se coloca à disposição e cada vereador também, eu tenho certeza, para gente unir forças para melhor atender à população. Da minha parte, muito obrigado a todos. Parabéns a todos envolvidos, e que Deus continue nos abençoando. Nada mais havendo a tratar, encerro os trabalhos da presente reunião.

(Encerra-se a reunião às 12h09min.)