



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Biomédico

Instituto de Medicina Social

Jhonny Cleverson dos Reis

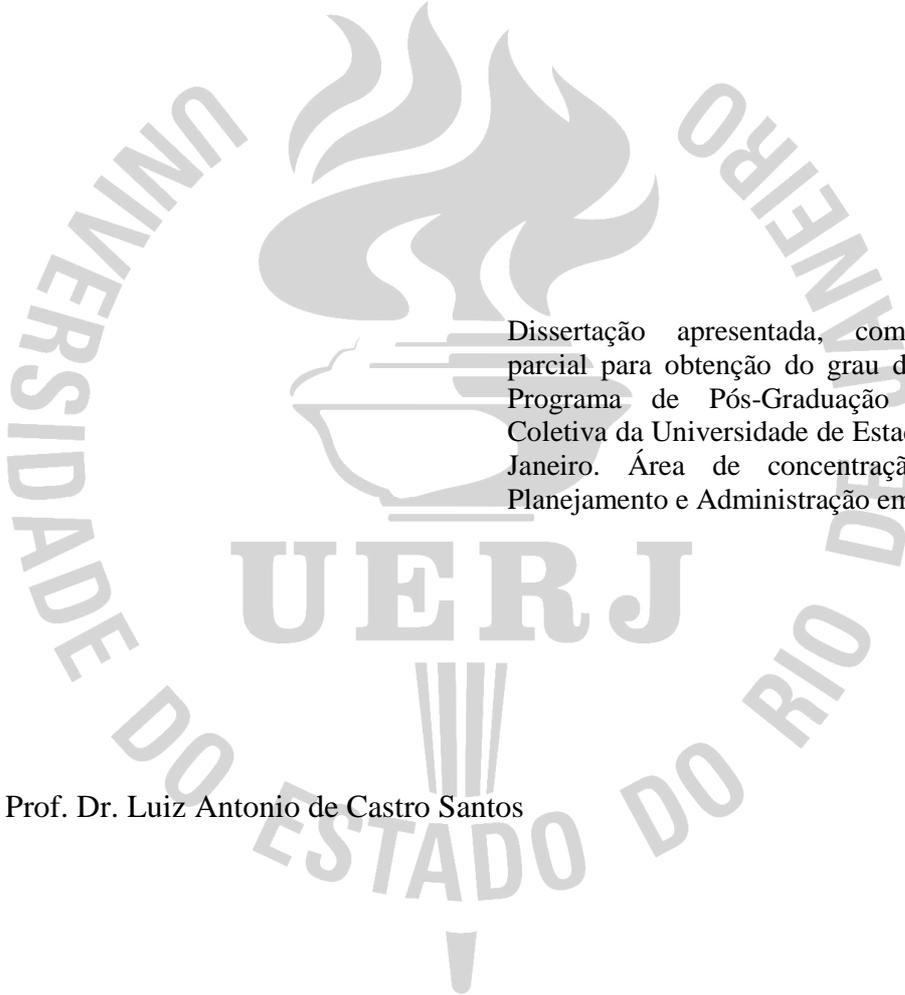
**Política de atenção ao indivíduo em sofrimento mental  
em um município do oeste do Paraná**

Rio de Janeiro

2009

Jhonny Cleverson dos Reis

**Política de atenção ao indivíduo em sofrimento mental  
em um município do oeste do Paraná**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde .

Orientador: Prof. Dr. Luiz Antonio de Castro Santos

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

R375 Reis, Jhonny Cleverson dos.

Política de atenção ao indivíduo em sofrimento mental em um município do oeste do Paraná / Jhonny Cleverson dos Reis. – 2009.  
92f.

Orientador: Luiz Antonio de Castro Santos.  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Instituto de Medicina Social.

1. Doentes mentais – Cuidado e tratamento – Paraná – Teses. 2. Política de saúde mental – Paraná – Teses. 3. Reforma psiquiátrica – Brasil – Teses. 4. Cuidados Primários de Saúde – Paraná – Teses. I. Santos, Luiz Antonio de Castro. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.89.008.1(816.2)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Jhonny Cleverson dos Reis

**Política de atenção ao indivíduo em sofrimento mental  
em um município do oeste do Paraná**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 20 de outubro de 2009.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Luiz Antonio de Castro Santos (Orientador)  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Lina Faria  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof. Dr. Osnir Claudiano da Silva Junior  
UNIRio

---

Prof. Dr. Antonio Carlos Monteiro Ponce de Leon  
Instituto de Medicina Social - UERJ

Rio de Janeiro

2009

## **DEDICATÓRIA**

Aos amores da minha vida: Veronice e Vinícius.

## AGRADECIMENTO

Agradeço imensamente à minha esposa, Veronice, que compartilhou comigo todas as angústias e frustrações deste caminho, que, apesar de estar passando pelo mesmo processo quase que concomitante ao meu, incentivou cada passo desta jornada e, como incentivo maior, me proporcionou a maior felicidade que uma pessoa pode obter na vida, a dádiva da paternidade.

Ao meu filho, Vinícius, peço desculpas pelos momentos ausentes no processo de construção deste trabalho e agradeço cada sorriso referido quando estávamos juntos, mesmo que por pouco tempo.

Aos meus pais, Nelson e Verônica, que mesmo à distância incentivaram esta caminhada.

Aos meus sogros, José e Hilda, grandes incentivadores deste processo, sempre com uma palavra de otimismo para que eu prosseguisse no caminho.

Ao Professor Luiz Antônio, pela compreensão e dedicação para a finalização deste processo.

À Faculdade Assis Gurgacz – FAG Cascavel – PR, pelo incentivo financeiro e profissional.

Ao colegiado de Enfermagem da FAG pelo apoio.

Não podemos ter a esperança de prever o futuro, mas podemos influir nele. Na medida em que as previsões deterministas não são possíveis, é provável que as visões do futuro, e até as utopias, desempenhem um papel importante nessa construção. Há pessoas que temem as utopias; eu temo mais a falta de utopias.

*Prigogine*

## RESUMO

REIS, J. C. *Política de atenção ao indivíduo em sofrimento mental em um município do oeste do Paraná*. 2009. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

A assistência psiquiátrica a indivíduos com sofrimento psíquico, em seu campo político, passou por um longo processo de discussão e formulação de estratégias a fim de garantir condição de humanidade aos indivíduos assistidos. A Reforma Psiquiátrica brasileira, como ficou conhecida, ocorreu concomitante ao processo de Reforma Sanitária e formulou leis para a garantia da integralidade e do acesso universal à saúde em território nacional sob a responsabilidade das esferas governamentais. No município de Cascavel – PR, o processo de formulação das políticas assistenciais para o indivíduo com transtorno mental se inicia na década de 90, porém só é efetivamente estruturado a partir de 2003 com o fechamento do Hospital Psiquiátrico São Marcos, que forçou o município a agilizar o processo de implantação da rede assistencial e de serviços complementares com moldes psicossociais. Com isso o município estrutura a assistência ao portador de transtorno mental através da implantação de ambulatório especializado, serviço de urgência e centros de atenção psicossocial para adultos, crianças e usuários de álcool e outras drogas, todos estruturados com suporte assistencial realizado pela Unidade Básica de Saúde (UBS). Em cada UBS foi nomeado um profissional de referência para o acompanhamento desses usuários e de seus familiares com o intuito de fortalecer o vínculo e manter a relação entre os serviços complementares e atenção primária. O presente estudo é centrado na pesquisa bibliográfica e de campo, com caráter qualitativo, cujo ponto de partida é a coleta de dados por meio de aplicação de questionário semi-estruturado com a finalidade de conhecer o processo de formulação das políticas municipais de atenção ao doente mental através do questionamento sobre as práticas assistenciais desenvolvidas pela atenção primária à saúde. A população é composta por 10 (dez) profissionais das UBS, referências em saúde mental, e 10 (dez) familiares de usuários com sofrimento mental, assistidos pela atenção básica, mas inseridos em algum dos serviços ofertados da rede assistencial de saúde mental. A análise dos dados se deu por meio de análise de conteúdo, com estruturação de dois grandes focos de análise para melhor compreensão dos conteúdos (Análise de Conteúdo de Bardin). O resultado apontou dados positivos em relação à política de saúde mental municipal uma vez que, embora com apontamentos divergentes entre profissionais e usuários, percebe-se a intenção em assegurar aos indivíduos em sofrimento psíquico uma gama de procedimentos que são, inclusive, orientados por portarias ministeriais. Em relação à assistência prestada pela atenção básica de saúde, há convergência em relação às ações desenvolvidas pelos profissionais da UBS, embora os profissionais afirmem o desenvolvimento de atividades que não são confirmadas pelos usuários. Em relação às dificuldades encontradas para efetivação do tratamento, tanto profissionais quanto usuários apontam que há muito a avançar no campo da saúde mental para que efetivamente seja prestada assistência de forma equânime e integral.

**Palavras-chave:** Reforma sanitária. Reforma psiquiátrica. Política de Saúde Mental. Atenção básica à saúde.

## ABSTRACT

The psychiatric care to individuals with psychological distress, based on its political area, went through a long process of discussion and formulation of strategies to ensure human condition for assisted individuals. Psychiatric Reform in Brazil, as it was known, happened concomitantly with the Sanitary Reform and stated laws to guarantee the completeness and universal access to health in the country under the responsibility of the civil cabinet. In the city of Cascavel, Paraná State, the process of formulating welfare policies for individuals with mental illness has started in the 90s, but, it is only effectively structured up from 2003, when São Marcos Hospital was closed. This forced the municipality to expedite the implementing process concerning the care network and additional services with psychosocial patterns. Thus, the municipality structures assistance to the ones who were mentally ill through the implementation of an outpatient clinic, emergency department and psychosocial care centers for adults, children and users of alcohol and other drugs, all structured to support care conducted by the Basic Health Unit (BHU). In each BHU, it was designated a professional of reference for the monitoring of users and their families in order to strengthen the bond and keep the relationship among complementary services and primary care. This study is focused on literature and field research, with qualitative approach, whose starting point is the collection of data through the application of semi-structured questionnaire in order to know the process for formulation of municipal policies to mental patient care through the questioning of care practices developed by primary health care. The studied group was of ten (10) professionals from BHU, with good qualifications in mental health and 10 (ten) people from the families of users with mental illness, helped by basic assistance, but who made part of any of the services offered from the health care system in mental health. Data analysis was based on the content analysis, with the structure of two points of interest regarding the analysis for better understanding contents (Content Analysis of Bardin). The results showed positive data in relation to mental health policy in common council since, although there were some different notes among professionals and users, it can be observed the intention to ensure that individuals in psychic suffering have a range of procedures that are inclusive, guided by decrees ministry. Regarding the assistance provided by primary health care, there is convergence concerning the actions that were carried out by professionals from BHU, although they asserted the development of some activities that are not shared among users. Regarding the difficulties in effective treatment, both professional and users pointed out that there is much to advance in mental health area, so that effective assistance gets provided in an equal and integral way.

**Keywords:** Health care reform. Mental Health Policy. Primary health care. Psychiatric reform.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Gênero do cuidador/familiar.....	53
Tabela 02	Serviços da rede de saúde mental em que estão inseridos.....	55
Tabela 03	Condição de acompanhamento pela UBS.....	57
Tabela 04	Assistência recebida.....	59
Tabela 05	Assistência recebida no momento de crise.....	59
Tabela 06	Ações desenvolvidas pela UBS para o acompanhamento.....	61
Tabela 07	Dificuldades encontradas pelos usuários frente à assistência.....	64
Tabela 08	Gênero do profissional de saúde.....	67
Tabela 09	Formação profissional.....	67
Tabela 10	como ocorreu o processo de nomeação como referência.....	67
Tabela 11	Tempo de atuação como referência.....	69
Tabela 12	Capacitação para o desempenho da função.....	69
Tabela 13	Ações desenvolvidas pelos profissionais de referência.....	73
Tabela 14	Dificuldades encontradas para o desempenho da função.....	73

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1. ENCAMINHAMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	16
1.1 <b>Caracterização da amostra</b> .....	18
<b>2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL – PRESSUPOSTOS PARA A FORMULAÇÃO DAS POLÍTICAS EM SAÚDE MENTAL</b> .....	20
2.1 <b>O Movimento Sanitário como Modelo de Transformação: Uma relação entre a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica</b> .....	21
2.1.1 <u>A reforma sanitária</u> .....	21
2.1.2 <u>A reforma psiquiátrica</u> .....	26
2.2 <b>As Conferências Nacionais de Saúde Mental – O redirecionamento e a ampliação de conceitos</b> .....	29
2.2.1 <u>A 1ª Conferência de Saúde Mental – marco para a ampliação da política de atenção ao indivíduo em sofrimento mental</u> .....	29
2.2.2 <u>A 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental – a formulação de um modelo assistencial</u> .....	33
2.2.3 <u>A 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental – a concretização das políticas assistenciais e a definição do modelo assistencial em saúde mental</u> .....	35
<b>3 POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO INDIVÍDUO EM SOFRIMENTO MENTAL NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL – PR – A ESTRUTURAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL</b> .....	40
3.1 <b>Construindo o conceito de rede assistencial</b> .....	40
3.2 <b>O Desenvolvimento da Política de Saúde Mental no Município de Cascavel, PR</b> .....	44
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	53
4.1 <b>Foco de Análise I (Familiar)</b> .....	53
4.1.1 <u>O familiar de usuário portador de transtorno mental</u> .....	53
4.1.2 <u>Rede assistencial em saúde mental</u> .....	55
4.1.3 <u>A prática assistencial da unidade básica de saúde</u> .....	56

4.1.4	<u>Atendimento em situações de descontrole do transtorno mental</u> .....	59
4.1.5	<u>Atividades desenvolvidas pela atenção primária em relação ao usuário com transtorno mental</u> .....	61
4.1.6	<u>Dificuldades relativas ao atendimento prestado pela UBS</u> .....	64
4.2	<b>Foco de análise II (profissional de referência)</b> .....	66
4.2.1	<u>Perfil dos profissionais de referência em saúde mental das UBS do município de Cascavel – PR</u> .....	66
4.2.2	<u>Capacitação em saúde mental</u> .....	69
4.2.3	<u>Ações desenvolvidas pela unidade básica para acompanhamento dos usuários com transtorno mental e dificuldades enfrentadas para a realização do acompanhamento</u> .....	72
5.	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	80
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	82
	<b>APÊNDICE A</b> – Questionário para pesquisa com servidor referência em saúde mental da unidade básica de saúde .....	87
	<b>APÊNDICE B</b> – Questionário para pesquisa com familiar de usuário portador de transtorno mental .....	88
	<b>ANEXO A</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	89
	<b>ANEXO B</b> – Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa .....	92

## INTRODUÇÃO

No final da década de 80, o setor da saúde no Brasil passou por um processo de reforma que deu início à mudança de paradigmas existentes, no que se refere à saúde da população. As reformas do setor, promovidas pelas discussões das práticas assistenciais e do investimento financeiro a fim de garantirem o acesso à saúde para a população, marcaram as discussões acerca do modelo assistencial pretendido e trouxeram formulações de conceitos que foram inclusas no texto da Constituição Federal.

A Constituição de 1988 marcou a história do direito social no Brasil ao nortear um novo modelo de proteção social e pretender estabelecer uma nova ordem caracterizada pela democracia, advinda da descentralização da gestão administrativa e da efetivação de políticas públicas. Essa também permitiu uma maior cobertura dos serviços públicos aos cidadãos.

O modelo proposto pela Constituição de 88 pressupõe a democratização da sociedade brasileira, a efetivação da cidadania plena bem como a recuperação da situação da saúde social, caracterizada pela miséria de grande parte da população. Assim, o Estado assume formalmente o compromisso de tentar reverter esse quadro, portanto, trouxe para si a responsabilidade da garantia da manutenção da saúde de toda a população brasileira. Pretende ainda reestruturar os programas sociais em função de um atendimento promocional das demandas sociais – posicionando-as no sentido da promoção da cidadania plena, do reconhecimento dos direitos sociais, enfim, da construção de uma sociedade mais justa e democrática.

Dessa forma, a partir da descentralização político-administrativa e da municipalização das políticas de saúde, o Estado passa ter uma nova visão frente às demandas sociais. Os principais focos são: a promoção da cidadania e a democratização da sociedade brasileira na busca por um novo tratamento das necessidades básicas da população, visto que, as políticas de saúde envolvem direitos sociais.

Tal movimento teve início na década de setenta, impulsionado pela movimentação de grupos visionários que levantavam discussões acerca do processo de adoecimento da população, com questionamentos sobre as formas de acesso aos serviços de saúde e da própria população que reivindicava um sistema de saúde que garantisse a assistência à saúde de forma integral.

Segundo Luz (1991), a partir de 1983, a sociedade passa a se organizar no sentido do fortalecimento de classe e a reivindicar a formulação de políticas sociais que garantissem os

direitos de cidadania aos brasileiros bem como direito do acesso irrestrito à saúde, promovidos e financiados pelo Estado.

Além da reivindicação dos direitos, demandada pela população, solicitava-se também, pelos profissionais da área da saúde, uma divisão de responsabilidades entre as esferas governamentais, atribuindo aos Estados e Municípios a condição de planejar ações e avaliar os serviços de saúde, colocando um fim na característica centralizadora que marcou a história das políticas de saúde do País desde o início do século.

A luta pela ampliação dos direitos sociais, pela participação social nas decisões acerca da gestão e formulação de políticas e a reivindicação do processo de descentralização das ações de saúde, caracteriza o movimento da reforma sanitária que promoverá alterações na Constituição Federal, o qual culminou na formação do Sistema Único de Saúde (SUS), promulgado através da Lei 8.080/90.

Neste ínterim, abre-se espaço para a discussão acerca dos maus tratos sofridos por cidadãos internados em instituições psiquiátricas e das condições de trabalho nestas instituições.

É neste momento que o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental toma a frente do movimento denominado Reforma Psiquiátrica e, fundamentado no movimento de reforma instituído na Itália, dá início à luta pela formulação de políticas públicas que garantissem melhores condições para o tratamento de indivíduos em sofrimento psíquico.

O principal documento norteador das políticas adotado pelo País foi a Declaração de Caracas. O documento marcou os processos de reforma da assistência em Saúde Mental nas Américas e reuniu um conjunto de atos legais que norteiam esse processo. Tornando-o acessível a todos os segmentos sociais e gestores da saúde envolvidos com a Saúde Mental, buscando contribuir para a efetiva implantação dessas medidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005).

Dentre as ações propostas por esse documento destacam-se a superação do hospital psiquiátrico como serviço central de atenção em saúde mental, a humanização dos hospitais psiquiátricos e a ampliação dos direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Atendendo às recomendações efetivadas com a Declaração de Caracas, o Ministério da Saúde do Brasil expediu, a partir de 1991, regulamentos que viabilizavam a reestruturação da assistência psiquiátrica.

Entre as ações regulamentadas estão a estruturação de uma rede assistencial com foco territorial e a implementação de serviços substitutivos ao modelo hospitalar tendo a atenção básica como centro do processo de acolhimento e reinserção dos indivíduos psicologicamente enfermos com atendimento focado no modelo psicossocial.

Com isso, ocorreu o fechamento de hospitais psiquiátricos, que não atendiam minimamente aos critérios básicos de assistência, sendo implantados serviços substitutivos ao modelo tradicional, com leitos psiquiátricos em hospitais gerais e os chamados serviços de atenção diária, de base comunitária, em busca pela garantia dos direitos e a promoção da cidadania dos portadores de transtornos mentais no Brasil.

No processo brasileiro aliado às iniciativas dos legisladores e dos executivos dos três níveis, além da forte mobilização social em torno da Reforma Psiquiátrica, a esfera federal do SUS propiciou instrumentos que facilitaram a implantação das ações pretendidas para aumentar a participação dos gestores estaduais e municipais do SUS bem como dos profissionais e usuários do setor da saúde no processo da Reforma.

Assim, tem-se início o processo de reformulação das práticas em saúde mental e após um longo percurso de evolução das políticas nacionais em Abril de 2001, é sancionada a Lei 10.216 que vem para garantir a ampliação do acesso e os direitos do indivíduo com transtorno mental.

As mudanças assistenciais, recomendadas pela Lei nº 10.216 (06.04.2001), como: a redução de hospitais psiquiátricos sem produzir desassistência e substituindo-os por uma rede de serviços comunitários onde os pacientes são atendidos com mais humanidade e eficácia; a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); assistência em Hospitais Gerais e participação mais efetiva da atenção básica no atendimento em Saúde Mental passaram a ser implementadas pelos Estados e Municípios e incentivadas pelo governo federal.

Além das condições de assistência supracitadas, foi criado, para os pacientes de longa permanência em instituições asilares, o programa De Volta para Casa e os Serviços Residenciais Terapêuticos, além do incentivo da formação de Oficinas de Geração de Renda e Trabalho.

Com a implantação dessa lei, são formuladas as diretrizes do financiamento e a normatização desses novos serviços de saúde que norteiam o atendimento aos usuários de serviços de saúde mental (os doentes mentais e os que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas), com tratamento ambulatorial de caráter interdisciplinar. Outro aspecto a ser ressaltado é a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como sua integralidade, que valoriza a descentralização do modelo de atendimento, estrutura

serviços mais próximos do convívio social de seus usuários com redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes e adapta-se às necessidades da população.

Os novos serviços de saúde mental devem ser abertos e comunitários bem como oferecidos pelo Sistema Único de Saúde com o atendimento clínico e de reinserção social aos seus usuários. Todos eles precisam ocorrer baseados no trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Assim, com a formulação de políticas nacionais que visam à reinserção do doente mental no convívio familiar e social, os municípios passaram a estruturar seus serviços ao articularem a Unidade Básica de Saúde no contexto da reforma para que essa tomasse propriedade na avaliação, conduta e acompanhamento tanto do usuário quanto de seus familiares, a fim de que o modelo asilar seja efetivamente substituído.

Desta forma, a atenção primária passa a ser a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, sendo a referência no atendimento e acompanhamento do doente mental. Ela deve promover orientação e assistência além de servir de elo entre os serviços complementares e especializados, a fim de manter a família atualizada sobre a condição de saúde dos seus usuários.

Pretende-se com este trabalho discutir a respeito das práticas assistenciais adotadas pelo Município de Cascavel para a garantia da assistência humanizada e descentralizada ao portador de sofrimento psíquico, bem como levantarem-se mecanismos utilizados para a criação e fortalecimento da rede assistencial básica e de saúde mental.

Os objetivos da pesquisa dizem respeito à formulação das políticas de saúde mental implementadas pelo município bem como o levantamento das práticas assistenciais efetivadas para a assistência do doente mental, além de serem observadas as dificuldades encontradas no processo de assistência tanto dos profissionais envolvidos quanto dos usuários e familiares assistidos.

Este trabalho foi desenvolvido de acordo com os seguintes procedimentos metodológicos: pesquisa de campo de caráter qualitativa, mediante aplicação de questionário semi-estruturado, com uma população composta por dez profissionais de saúde, inseridos na atenção básica, nomeados como referência em saúde mental e dez familiares de usuários portadores de transtorno mental, inseridos na rede assistencial de saúde mental acompanhados pela unidade básica de saúde do Município de Cascavel – PR. A análise dos dados foi efetuada e sistematizada pela Análise de conteúdo de Bardin, a qual efetivou-se pela análise de dois focos principais de discussão: Foco de Análise I (Familiar) e Foco de Análise II

(Profissional Referência). Esses dados viabilizaram didaticamente a discussão que o trabalho propõe mediante a leitura dos depoimentos dos envolvidos.

Para chegarmos ao objetivo proposto referente à análise política de saúde mental do município, este estudo foi estruturado em capítulos que abordam os focos históricos da formulação das políticas públicas.

Assim, no primeiro capítulo será abordada a formulação de políticas de saúde a partir dos movimentos de reforma sanitária e reforma psiquiátrica, a partir do levantamento de eventos propulsores que levaram à efetivação da mudança de paradigma acerca da assistência psiquiátrica no País. Para tanto, percorremos, em momentos distintos, os dois movimentos para, em um segundo momento, realizarmos uma analogia entre eles. Aqui também são levantadas as propostas principais das Conferências Nacionais de Saúde Mental com intuito de registrar se aquelas efetivadas nas conferências foram, de alguma forma, atendidas pelo Município.

O segundo capítulo destina-se ao levantamento do histórico municipal em relação à implantação das políticas de saúde mental. Busca-se esclarecer de que forma o processo de reforma foi efetivado e descrever a estruturação da rede assistencial do Município.

No terceiro e último capítulo, serão analisados e comentados os questionários aplicados que foram separados, metodologicamente, em focos de análise para o melhor entendimento das discussões.

## 1 ENCAMINHAMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho é uma pesquisa bibliográfica e de campo, de caráter qualitativo; desenvolvido através da aplicação de questionário semi-estruturado com análise de dados realizada através da Análise de Conteúdo de Bardin.

No que se refere à pesquisa bibliográfica, acredita-se ser o primeiro passo para qualquer tipo de pesquisa científica, por ela proporcionar a revisão da literatura existente sobre o tema pesquisado e por ser uma forma de aprofundar conhecimentos teóricos sobre o assunto, fornecendo ao trabalho a necessária fundamentação teórica.

A pesquisa bibliográfica tem por finalidade colocar o pesquisador em contato direto com o material escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto. É desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos (MINAYO, 1994).

Para realização da coleta de dados, a pesquisa passou por aprovação pelo comitê de ética da Faculdade Assis Gurgacz - FAG, conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e todos os documentos relativos aos procedimentos de pesquisa serão guardados pelo mínimo de 05 (cinco) anos pelo pesquisador responsável.

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (1994, p. 23), “reflete posições frente à realidade, momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses de classes e de grupos determinados”.

Para Martinelli (1994), a pesquisa qualitativa oferece ao pesquisador, conhecer e interpretar melhor o sujeito da pesquisa.

A pesquisa qualitativa responde às muitas questões particulares. Ela se preocupa nas ciências sociais com um nível de realidade que pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, p. 21).

E ainda, segundo Haguete (1992), “os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e da sua razão de ser”.

Para André (2002, p.17), a abordagem qualitativa de pesquisa contrapõe-se

ao esquema quantitativista de pesquisa (que divide a realidade em unidades passíveis de mensuração, estudando-as isoladamente), defendendo uma visão holística de fenômenos, isto é, que leve em conta todos os componentes de uma situação em suas interações e influências recíprocas.

Segundo Minayo (1994, p.105), o desenvolvimento do “trabalho de campo constitui uma etapa essencial da pesquisa qualitativa que, a rigor, não poderia ser pensada sem ele”. Consiste na observação de fatos e fenômenos tais como ocorrem espontaneamente na coleta de dados a eles referentes e no registro de dados considerados relevantes para posterior análise.

Para Gil (1996, p. 128), o questionário é uma técnica de investigação, “composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc.”.

Para a realização da análise dos dados obtidos, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin.

[...] A Análise de Conteúdo se define como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que aposta grandemente no rigor do método como forma de não se perder na heterogeneidade de seu objeto. [...] Na verdade, trata-se da sistematização, da tentativa de conferir maior objetividade a uma atitude que conta com exemplos dispersos, mas variados, de pesquisa com textos (ROCHA e DEUSDARÁ, 2005, p. 308).

A técnica de análise de conteúdo estrutura-se em um conjunto de instrumentos metodológicos, aplicadas aos discursos, para assegurar sistematização, objetividade e influência, aplicadas nos mesmos. É utilizada para estudar e analisar material qualitativo, para fins de aprofundamento de características gramaticais e ideológicas, em busca de compreender uma comunicação ou um discurso a fim de extrair os aspectos mais relevantes do material, bem como analisar o conceito ou o significado dos conceitos sociológicos, caracterizando-se a influência social nos mesmos. Essa técnica de análise utilizada compreende as fases de pré-análise, análise (exploração do material), tratamento e interpretação dos resultados (BARDIN, 2005).

Para Bardin (2005), destacam-se, nesta técnica, duas vertentes para a realização da análise do conteúdo: a análise léxica que tem como material as próprias unidades de vocabulário e as palavras portadoras de sentido como substantivos, adjetivos e verbos relacionados ao objeto de pesquisa; e a análise categorial que trata do desmembramento do discurso em categorias, onde os critérios de escolha e de delimitação orientam-se pela dimensão da investigação dos temas relacionados ao objeto de pesquisa, identificados nos discursos dos sujeitos pesquisados.

Para o presente estudo, foi utilizada como forma de análise de conteúdo a técnica de análise categorial, uma vez que a análise léxica é direcionada para estudos quantitativos.

Segundo Rocha e Deusdará (2005, p 313), a análise de conteúdo, proposta por Bardin, representa uma busca ou descoberta dos resultados e não a descoberta de uma análise através de uma pergunta norteadora com rigor metodológico. Esse tipo de análise busca não deixar vestígios da presença do pesquisador e permite que os “resultados da investigação sejam apresentados como a descoberta de algo que possui existência independente e anterior à elaboração do projeto de pesquisa”. Estas descobertas promovem o desvendamento de uma realidade, o que traz o caráter científico da pesquisa. Assim, o pesquisador pode transformar intuições em hipóteses, extraindo dos resultados categorias de significação.

### 1.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os dados para esta pesquisa foram coletados na Rede Assistencial Básica do Município de Cascavel que perfazem um total de 22 (vinte e duas) Unidades Básicas de Saúde, sendo excluídas da pesquisa as Unidades de Saúde da Família.

Fizeram parte da amostra os servidores públicos que por definição da Secretaria Municipal de Saúde foram denominados como referência em Saúde Mental de cada unidade, independente de sexo, etnia, crença ou idade e familiares de usuários portadores de sofrimento mental que estão em atendimento na rede assistencial da saúde mental do município de Cascavel – PR, indicados pela unidade básica pesquisada.

Para o levantamento dos dados, foi utilizado um questionário semi-estruturado (Apêndice I) para ser preenchido pelo próprio profissional da unidade básica de saúde e outro (Apêndice II) para ser preenchido pelo familiar de usuário selecionado após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I), ficando o mesmo livre para desistir da pesquisa em qualquer momento.

O questionário teve por objetivo levantar as dificuldades encontradas pelos profissionais da rede assistencial básica no acompanhamento e encaminhamento dos usuários portadores de transtorno mental e as dificuldades encontradas pelos familiares dos portadores de transtorno mental em seu acompanhamento pela rede assistencial básica.

No primeiro momento foram sorteadas aleatoriamente 10 (dez) unidades básicas de saúde da área urbana do município, para elegerem-se os 10 (dez) profissionais de referência em saúde mental que fizeram parte do estudo. No segundo momento, foi sorteado, através de levantamento da relação de usuários em acompanhamento na rede assistencial de saúde mental, 01 (um) usuário de cada unidade de saúde para ser aplicado o questionário ao seu

familiar, perfazendo um total de 10 (dez) familiares investigados. O intuito da amostra foi confrontar os dados obtidos através do questionário, verificando assim se as dificuldades encontradas por familiares e profissionais se assemelhavam ou divergiam.

No intuito da preservação da identidade dos participantes, utilizaram-se na construção da análise dos dados, para cada um dos dez profissionais, referências em saúde mental, das UBS envolvidos, o código R (Referência), evidenciando, então, a participação das formas R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, e para cada um dos dez familiares de indivíduos em sofrimento psíquico envolvidos, o código F (Familiar) representando a participação nas formas F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, para que se possam distinguir as falas e os relatos.

## **2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL – PRESSUPOSTOS PARA A FORMULAÇÃO DAS POLÍTICAS EM SAÚDE MENTAL**

A loucura é expressão utilizada desde a antiguidade e já foi amplamente discutida em diversas literaturas no que diz respeito aos determinantes históricos e contextos sociais que envolvem o doente mental. Esse, por sua vez, é o ser historicamente marginalizado e que trazia repulsa aos olhos da população, sendo necessariamente uma figura bizarra, não merecedora da compaixão divina ou humana. Tal estigma arrastou-se por séculos e só foi desmitificado a partir da organização social e formulação de leis que tratam dos direitos humanos.

Este estudo não tratará dos determinantes históricos da saúde mental, tampouco de determinantes políticos em países que nortearam as discussões em nosso território, mas sim dos fatos marcantes e revolucionários ocorridos no Brasil que impulsionaram a formulação de leis e diretrizes para o fornecimento de tratamento humanizado e digno aos indivíduos em sofrimento psíquico, a fim de inseri-los na sociedade após séculos de exclusão e marginalização, devolvendo-os ao seio familiar e ao convívio social.

Dentre os determinantes políticos referenciados, falaremos sobre o processo de mudança de paradigma que revolucionou o pensamento a cerca da doença mental e que vem sendo foco de discussões por mais de três décadas no País. A mudança de paradigma trouxe reformulação de conhecimentos a cerca do processo de adoecimento da população e mistura-se com as discussões propostas por intelectuais no que tange aos direitos do indivíduo e ao dever do Estado no tratamento de saúde. Faz-se necessário esclarecer aqui que, ao falarmos de políticas, não trataremos apenas de um conjunto de leis ou determinações que são elaboradas com a finalidade de nortear um Estado ou uma sociedade no cumprimento de regras morais e sociais, tampouco da arte de gerenciar ou de conduzir negócios públicos.

Ao falarmos sobre política, o referido termo será visto como a reformulação de práticas conhecidas pelas ações governamentais para um fim, ou seja, a implementação de novas iniciativas e novos ideais para a melhoria da assistência a indivíduos até então marginalizados, pela reforma psiquiátrica, para a criação de uma política de governo ou Política de Saúde Mental.

Todo o foco do estudo será norteadado por uma interlocução entre os dois grandes movimentos sociais que revolucionaram a história do tratamento das doenças no Brasil. A pesquisa traz um novo conceito de saúde, doença e adoecimento, movimentos que contribuíram amplamente para a formulação da política de assistência à saúde e que podem

ser denominados de reforma sanitária e reforma psiquiátrica, as quais serão discutidas a seguir, além, é claro, de uma breve alusão às Conferências Nacionais de Saúde Mental que contribuíram para a organização e formulação da rede assistencial proposta pela nova política.

## 2.1 O MOVIMENTO SANITÁRIO COMO MODELO DE TRANSFORMAÇÃO: UMA RELAÇÃO ENTRE A REFORMA SANITÁRIA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

### 2.1.1 A Reforma Sanitária

A loucura ou o seu fenômeno está presente na história de qualquer sociedade, existente desde os primórdios das civilizações, a qual é vista ao longo dos séculos sobre olhares diferentes. Deste modo, não é um fenômeno que tenha sido representado apenas de uma única forma, pelo contrário, a loucura vem sendo pensada e interpretada socialmente de diversas formas e a partir de vários pressupostos. A ideia que se tem sobre ela e sobre o louco não é contínua, mas ocorre a partir de rupturas históricas determinadas pelo contexto sócio-histórico (ALMEIDA, 2002)

A partir de determinantes históricos e mudanças na concepção do conceito de doença mental, o dito alienado, “louco” ou ainda o desajustado social percorreu um caminho de humilhação, exclusão, isolamento e tortura para que pudesse, após séculos de segregação, ser visto como ser humano.

Na década de 1920, o Brasil sofre a primeira reforma do setor saúde, onde uma preocupação com a saúde da população desencadeia a criação dos primeiros centros de saúde e a formação de enfermeiros para atuar nestes centros, prestando assistência à portadores de tuberculose, hanseníases e doenças mentais.

Estes centros de saúde eram locais de integração de serviços e dos profissionais médicos e de enfermagem e possuíam uma preocupação com o estado de bem estar físico, mental e social da população, através de organizações sanitárias em territórios circunscritos

O marcante desenvolvimento histórico da Reforma Sanitária da década de 1920 serve como referencial para as mudanças ocorridas a partir da década de 1970 com o Movimento Sanitário no setor da saúde pública brasileira, que trará da década passada o sentido de verticalização das ações de saúde, onde o Estado mantinha forte domínio sobre as ações sanitárias.

Após séculos de hegemonia do saber médico sobre o tratamento de alienados, foi somente na década de sessenta, em vários países, que o tratamento asilar começou a ser analisado, questionado e até mesmo modificado. No Brasil, a reflexão do processo de mudança é impulsionada pelos movimentos de reforma que levaram o País a um patamar de discussões sobre o processo de saúde e de adoecimento da população.

A partir da década de 1970, com o processo de abertura do regime militar, o cenário brasileiro de discussões foi marcado pela emergência de novos atores coletivos. É neste contexto que, em meados desta década, através de propostas que buscavam reverter as desigualdades sociais existentes no País, são redefinidas as políticas sociais pela redistribuição de renda e da universalização dos benefícios sociais, assim, se inicia o processo de reformulação do setor saúde, representado pela Reforma Sanitária Brasileira. A reforma foi liderada política e intelectualmente pelo “Movimento Sanitário”, o qual era composto por um grupo de intelectuais, ligados a instituições de ensino superior, médicos e lideranças políticas do setor saúde. Esse movimento criticava principalmente o caráter privatista da atenção à saúde que era, por sua vez, financiada pelo setor público (ALMEIDA, 2002, p. 20).

Contextualizando, Vasconcellos (2008, p. 69) afirma que a Reforma Psiquiátrica no Brasil inicia sua trajetória na mesma linha das formulações propostas pelo Movimento Sanitário. Tal movimento seria “[...] orientado pela responsabilização do Estado e pela reformulação das políticas frente à realidade assistencial da década de 1970 [...]”, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado em um cenário onde a discussão girava em torno da crise gerada pelo financiamento do setor privado com recursos públicos federais.

Os movimentos (reformas sanitária e psiquiátrica) apresentavam pautas em comum e isso gerou pontos de interlocução entre ambos. De um lado estavam os sanitaristas, impulsionados pelas linhas de pensamento das universidades, indignados com a situação da saúde no Brasil e com o alto investimento em ações de saúde terceirizadas; e de outro, os trabalhadores da saúde mental e os familiares de doentes, espelhados nas mudanças ocorridas na Europa, indignados com os maus tratos recebidos pelos usuários e os baixos salários pagos para a categoria.

Para Furtado e Campos (2005), embora as reformas sejam originárias de corporações intelectuais e da representação das classes de trabalhadores, firmaram-se alianças com vários

segmentos da sociedade que contribuíram para a transformação social, as reformas sanitária e psiquiátrica, as quais ainda apresentam diferenças bastante sensíveis.

Enquanto o Movimento da Reforma Sanitária optou pela ocupação de postos estratégicos no aparelho estatal, o da Reforma Psiquiátrica priorizou o estabelecimento de articulações intersetoriais, a inclusão de familiares e usuários e toda uma sorte de fóruns, associações, manifestações públicas, que em muito contribuíram para que a iniciativa viesse a extrapolar o setor de saúde, contando com a decisiva adesão de outros segmentos da sociedade (FURTADO e CAMPOS, 2005, p. 111).

Assim, é possível afirmar que a Reforma Sanitária configura-se como um movimento social de peso, principalmente, a partir da década de 1980 e está associada a outros projetos reformadores, com uma trajetória mais ampla que gira em torno dos seguintes eixos:

1. Unificação do Sistema de Saúde e sua hierarquização e descentralização para Estados e Municípios, com unidade na Política de Saúde;
2. Universalização do atendimento e equalização do acesso com extensão de cobertura de serviços;
3. Participação da população — através de entidades representativas — na formulação, gestão, execução e avaliação das políticas e ações de Saúde;
4. Racionalização e otimização dos recursos setoriais com financiamento do Estado através de um Fundo Único de Saúde em nível federal (GALLO et al, 1988, p. 414-415).

Para Vasconcellos (2008), neste contexto de abertura democrática do País, induzida pela necessidade de diminuição de gastos públicos para pagamento de ações de saúde na rede privada, a Reforma Sanitária pleiteava a redefinição dos rumos das políticas de Saúde no Brasil.

Ainda segundo Vasconcellos (2008, p. 69), o “Movimento de Reforma Sanitária através de seu projeto, marcado pela luta política e ideológica, foi um exemplo de mobilização social que deve grande parte de seu relativo sucesso à sociedade civil organizada”. É nesse cenário que, a partir de 1983, a sociedade civil organizada reivindica novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive direito à saúde, vistos também como dever do Estado. “Pela primeira vez na história do País, a saúde era vista socialmente como um direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social da cidadania” (LUZ, 1991, p.143).

As reivindicações, mais tarde, nortearão as discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde a população pode, pela primeira vez, participar de forma a manifestar seu descontentamento com a política atual, inserindo nas discussões os princípios básicos de descentralização, divisão de poder nas esferas governamentais, atendimento integral e atendimento para a população com foco nas atividades preventivas.

A descentralização referida favoreceu ao controle social por meio do acesso direto dos usuários ao sistema de controle e de Conselhos Municipais de Saúde e permitiu, assim, a participação efetiva da população na tomada de decisões no quesito saúde.

A partir da mobilização da sociedade organizada e dos militantes do movimento sanitário, houve uma busca pelas reformulações para as políticas assistenciais que garantissem o acesso à saúde. Assim, em 1986, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, movimento marcado pela possibilidade da participação popular.

A partir do relatório dessa conferência, as reformulações no texto da Constituição de 1988 foram realizadas. A Constituição marcou a história do direito social no Brasil ao nortear um novo modelo de proteção social e pretender estabelecer uma nova ordem caracterizada pela democracia, advinda da descentralização da gestão administrativa e da efetivação de políticas públicas. Isto permitiu uma maior cobertura dos serviços públicos aos cidadãos (BRASIL, 2005)

Através das reformulações no texto da constituinte, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), “formado pela articulação entre as gestões Federal, Estadual e Municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos Conselhos Comunitários de Saúde” (BRASIL, 2005, p.7).

No decorrer das décadas de 1980 e 1990, o SUS torna-se um sistema nacional com foco municipal, ou seja, descentralizado, e o processo passa a chamar-se municipalização, onde se pode perceber, nitidamente, o crescimento do setor saúde, tanto na esfera pública quanto na privada (que agora pode participar de forma complementar e não mais prioritária nas ações de saúde pública); surgem também a priorização da assistência ambulatorial com foco na promoção da saúde e a prevenção de agravos, as quais mudam, inclusive, os conceitos de saúde, doença e adoecimento (ALMEIDA, 2002)

O processo de abertura política, já mencionado, e as alterações da Constituição de 1988 consolidaram o lema “saúde é direito de todo cidadão e dever do Estado”. Isto amplia a responsabilidade do governo no que tange à assistência à saúde da população e o obriga, entre outras situações, a prestar assistência integral e fornecer acesso irrestrito ao sistema de saúde. Com isso, a criação do SUS marca a materialização da Reforma Sanitária e prioriza um sistema com assistência prestada pelo setor público de forma igualitária e integral (LUZ, 1991)

Com a proposição do SUS, através da reformulação da Constituição brasileira, o País avança no processo de democratização e cidadania plena pela recuperação da dignidade

trazida com a mudança da condição social e de saúde, cuja perspectiva era a de reverter o quadro de miséria que acometia grande parte da população.

O SUS pretende ainda promover a cidadania plena, reconhecer os direitos sociais da população e construir uma sociedade democrática a partir da municipalização das políticas de saúde. O tratamento das necessidades básicas da população faz parte da promoção da cidadania através do novo sistema.

Ao se fazer uma relação entre as mudanças propostas pela Constituição de 88 e o SUS para o setor saúde e a reforma psiquiátrica, Almeida (2002, p. 23) destaca a implantação de serviços que mudará o histórico modelo assistencial da saúde mental, revertendo a forma de assistência em âmbito privado para o setor público. O processo marca, segundo a autora, a “substituição gradual do ‘leito’ como recurso terapêutico” com a implementação de serviços públicos como CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), dentre outros.

Com a criação desses serviços, a princípio de forma experimental, antes mesmo da elaboração de uma política efetiva em saúde mental, pensando na diminuição dos gastos públicos com as internações psiquiátricas, foi proposto o projeto de construção de uma rede de serviços territoriais em saúde mental, o qual afirma que os Programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e às orientações dos modelos de organização da assistência à saúde, implementados com a Constituição.

O Brasil não foi o único país a questionar a assistência em saúde mental à época. Vale ressaltar que, ao mesmo tempo em que o País se organizava para reformular a política de saúde com o movimento sanitário, outros países já experimentavam reformulações no campo da saúde mental impulsionados pelos modelos europeus de desinstitucionalização.

Impulsionado pela discussão acerca da saúde mental nas Américas, em novembro de 1990, realizou-se em Caracas, na Venezuela, a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, organizada pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

O Brasil participou da conferência e iniciou, a partir da assinatura da Declaração de Caracas, uma série de normatizações que deram origem à formulação das políticas de saúde mental.

[...] marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005, p. 8).

“Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira foi inscrito em um contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar”, embasada na crise do modelo de assistência, centrada no hospital psiquiátrico e na eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2005, p. 6).

Desta forma, é possível afirmar que graças ao processo de abertura política e econômica que o País atravessou na década de 70, o doente mental pode ser visto de forma diferenciada, com a possibilidade de ser visto novamente como um indivíduo social, com direitos e deveres constitucionais, mesmo que o desenrolar deste processo seja lento e desgastante.

### 2.1.2. A Reforma Psiquiátrica

“O processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde” (BRASIL, 2005, p. 6).

A discussão acerca do adoecimento e do tratamento ao indivíduo em sofrimento não é mérito governamental e sim de pessoas que aproveitaram um momento de abertura política para travar a discussão sobre o tema e reivindicar direitos mais amplos que não constaram nas discussões para a formulação da constituição federal. As discussões, baseadas em movimentos europeus acerca do tratamento ofertado ao indivíduo com transtorno mental, darão início a uma série de discussões mais amplas a respeito do assunto e alavancará, tempos mais tarde, a formulação de políticas específicas de saúde mental, distanciando-se das políticas instituídas para assistência à saúde da população em geral.

Assim, a reforma psiquiátrica no Brasil foi um movimento influenciado pela ideologia de grupos dominantes e caracterizou-se pelo seu caráter político, social e econômico sendo amplamente influenciada pelo movimento italiano, que, ao propor a desinstitucionalização, pregava a desconstrução gradativa do manicômio (ALMEIDA, 2002).

Para Mercadante (2002), após a assinatura da Declaração de Caracas, o Brasil, em sintonia com as transformações ocorridas em outros países, deu início ao processo de

reestruturação da assistência psiquiátrica e substituiu o modelo de atenção vigente por um modelo de atenção comunitária, com apoio do Ministério da Saúde e da OPAS.

Concomitantemente, e seguindo-se a lógica de descentralização do SUS, foi sendo estimulada a constituição de redes de atenção psicossocial de base comunitária, substitutivas ao modelo centrado na internação hospitalar, resultando na implantação gradativa de uma rede diversificada de serviços de atenção diária [...] (MERCADANTE, 2002, p. 265).

Vale ressaltar aqui que todo o processo de reforma proposto a partir da abertura política no Brasil deu-se pela experiência da reforma psiquiátrica italiana que tem seu bojo na década de sessenta com inovações propostas pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia<sup>1</sup>. Na Itália, Basaglia propôs uma forte remodelação do sistema assistencial, com base em movimentos ocorridos em outros países europeus como Alemanha e França em décadas anteriores, contrariando a lógica pregada pela hegemonia médica assistencial, derrubando muros e propondo tratamentos com foco no indivíduo e não mais na doença.

A partir da trajetória italiana, estabelece-se um conceito de desinstitucionalização, aplicado aos pacientes psiquiátricos que não somente nega a prática asilar, mas propõe uma nova concepção da doença mental e novas formas de atendimento ao indivíduo portador de sofrimento psíquico (FRANCHINI, 2006, p. 19).

Segundo Almeida (2002), é somente a partir dos anos 80 que as mudanças efetuadas no setor saúde introduzem em cena novos atores no processo de reformulação da assistência psiquiátrica no Brasil, desestruturando a hegemonia médica vigente. Para ela, era preciso a criação de outros modelos assistenciais e terapêuticos e ainda um novo olhar e um novo modo de se estabelecerem relações sociais com os indivíduos em sofrimento mental.

Com isso, ocorreu o fechamento de hospitais psiquiátricos (tempos mais tarde), que não atendiam minimamente os critérios básicos de assistência, sendo implantados serviços substitutivos ao modelo tradicional, com leitos psiquiátricos em hospitais gerais e os

---

<sup>1</sup> Franco Basaglia era médico e psiquiatra; foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiana, conhecida como Psiquiatria Democrática. No ano de 1961, quando assumiu a direção do hospital Psiquiátrico de Gorizia, ele iniciou mudanças com o objetivo de transformá-lo em uma comunidade terapêutica. Sua primeira atitude foi melhorar as condições de hospedaria e o cuidado técnico aos internos em Gorizia. No campo das relações entre a sociedade e a loucura, ele assumia uma posição crítica para com a psiquiatria clássica e hospitalar, por esta se centrar no princípio do isolamento do louco (a internação como modelo de tratamento), sendo, portanto, excludente e repressora. Em Trieste, a partir de 1970, promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas (chamadas por ele de "grupos-apartamento") para os loucos. Reformulações que foram mais tarde recomendadas pela OMS como referência mundial para a assistência psiquiátrica (OLIVEIRA, 2002).

chamados serviços de atenção diária, de base comunitária, buscando a garantia dos direitos e a promoção da cidadania dos portadores de transtornos mentais no Brasil.

A esfera federal do SUS, no processo brasileiro, aliada às iniciativas dos legisladores e dos executivos dos três níveis, além da forte mobilização social em torno da Reforma Psiquiátrica, propiciou instrumentos que facilitaram a implantação das ações pretendidas, e, para aumentar a participação dos gestores estaduais e municipais do SUS, bem como dos profissionais e usuários do setor saúde no processo da Reforma (ALMEIDA, 2002).

É então a partir da década de 1980 que, no Brasil, “novos protagonistas, como usuários e familiares de indivíduos, com transtorno mental, aumentaram o coro de reivindicações por outras possibilidades de atenção, espaços e avanços técnicos” (ALMEIDA, 2002, p. 22).

Para considerarmos essa questão, devemos lembrar que o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil surge no contexto das lutas pela redemocratização do País, a partir do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), no final dos anos 1970, que dará origem mais tarde ao Movimento da Luta Antimanicomial (FURTADO e CAMPOS, 2005, p. 110).

Neste cenário de discussões e evolução das políticas, acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro, no ano de 1987, considerada um marco histórico da psiquiatria brasileira.

Neste contexto, segundo Furtado e Campos (2005, p. 110):

O MTSM ampliará paulatinamente o seu escopo, incluindo em sua trajetória perspectivas de ordem social, econômica e política, incorporando outros setores da população, como usuários e familiares, estabelecendo o campo político e ideológico como seu lócus privilegiado.

Para Furtado e Campos (2005), a Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, trouxe como premissa o conceito de desinstitucionalização como uma estratégia à reestruturação do novo modelo assistencial em saúde mental, fato esse que marcará o distanciamento entre as reformas sanitária e psiquiátrica, fundamentado em duas diferenças básicas e essenciais, a saber: o sanitarismo atua com planos para o atendimento do coletivo sem levar em consideração as particularidades do indivíduo envolvido, acreditando que seria necessária a reestruturação da política de atendimento em saúde mental para que o indivíduo tivesse um atendimento de qualidade; enquanto os reformistas da saúde mental lutam pela mudança ou reformulação das instituições que prestam atendimento aos indivíduos e fazem

com que pela desinstitucionalização das práticas assistenciais a loucura possa ser vista de forma peculiar e individual, alterando assim não a política, mas a visão do atendimento.

Desta forma, com as alterações propostas pela I Conferência Nacional de Saúde Mental, além do pensamento de desinstitucionalização dos ambientes, o Brasil contou com as primeiras ações efetivas para a formulação das Políticas Públicas de atenção ao indivíduo em sofrimento mental, bem como anos mais tarde o estabelecimento de legislações que além de amparar o indivíduo, responsabilize, no processo de cuidado, os gestores e familiares, ampliando inclusive o conceito de doença mental.

## 2.2 AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL – O REDIRECIONAMENTO E A AMPLIAÇÃO DE CONCEITOS

### 2.2.1 A Primeira Conferência de Saúde Mental – Marco para a Ampliação da Política de Atenção ao Indivíduo em Sofrimento Mental

Em Março de 1987, na cidade do Rio de Janeiro, após convocação de associações, entidades, instituições populares e de saúde sem o consentimento do Ministério da Saúde, é realizada a I Conferência Estadual de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro com o intuito de pressionar a efetivação da I Conferência Nacional de Saúde Mental e estimular que outros Estados tomassem a mesma iniciativa (AMARANTE, 1995a).

O tema central da I Conferência Estadual de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro foi “a política nacional de saúde mental na reforma sanitária” (AMARANTE, 1995a, p. 73), repercutindo, assim, no setor, o que estava em pauta após a Oitava Conferência Nacional de Saúde. Houve grande participação de usuários e familiares, com alguns sendo eleitos como delegados à Conferência Nacional de Saúde Mental.

As conclusões da I Conferência Estadual de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro reconhecem que “[...] a doença mental é fruto do processo de marginalização e exclusão social” (AMARANTE, 1995a, p. 73). Polêmica em todos os sentidos, essa afirmação é positiva por um lado, pois aponta para as determinações sociais do sofrimento mental e politiza a questão. Por outro lado, reafirma o duvidoso conceito de “doença mental” e pode sugerir que sejam resolvidas a exclusão e a marginalização, assim a tal ‘doença mental’ desapareceria. Mas, as conclusões que a Conferência tira do tema são pertinentes e atuais, como a necessidade do ‘resgate da cidadania’.

A Conferência segue em suas conclusões e aponta para o direito do cidadão ao acesso irrestrito a todos os recursos para tratamento disponíveis, o que hoje está como uma das prioridades da orientação na área. Novamente o movimento insere os temas das equipes multidisciplinares, das condições de trabalho para as equipes, a necessidade de participação da comunidade e da sociedade organizada na elaboração e controle das políticas públicas (AMARANTE, 1995a).

Na área mais ampla da Política Nacional de Saúde Mental, as conclusões são as seguintes:

[...] considera-se que a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho não alienado, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso a serviços de saúde. Reforça-se a necessidade de inserção, nos programas informativo-pedagógicos, de medidas que visem à promoção da saúde em geral. Quanto ao modelo assistencial, pretende-se a reversão da tendência hospitalocêntrica, por meio de atendimentos alternativos em saúde mental, tais como leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hospital-dia, hospital-noite, pré-internações, lares protegidos, etc. Propõe-se ainda a redução progressiva dos leitos manicomial públicos e o não credenciamento de leitos privados, a hierarquização da rede assistencial e a expansão da rede ambulatorial, descentralizando e melhor capacitando tecnicamente, objetivando, assim, um poder de resolutividade mais eficiente (AMARANTE, 1995a, p. 74).

O documento mostra a continuidade do movimento de mudanças na Saúde Mental e a crescente ampliação do leque de propostas, já então com responsabilidades de organização dos serviços. Notamos que ainda não aparece nada em relação aos trabalhos que inserem ações de saúde mental na comunidade.

Está sendo considerado como reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática, que têm como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995a, p. 87).

A Conferência Estadual elege delegados para a formalização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que acontece em junho de 1987, e teve como temas das discussões e reflexões: os impactos sobre saúde e doença mental, numa perspectiva da economia, da sociedade e do Estado; a Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental e a cidadania e doença mental (AMARANTE, 1995a).

Observa-se, no relatório final, a necessidade de rever criticamente a função dos trabalhadores de saúde mental visando redefinir o seu papel e reorganizar a sua prática ao

novo modelo de assistência. Observando-se a postura adotada acerca do exercício da cidadania em saúde mental, na qual:

É mister combater a postura ambígua do Estado no campo das políticas sociais e resgatar para a saúde sua concepção revolucionária, baseada na luta pela igualdade de direitos e no exercício real da participação popular, combatendo a psiquiatrização do social, a miséria social e institucional e eliminando o paternalismo e a alienação das ações governamentais e privadas no campo da saúde. (BRASIL, 1988, p. 13).

Observamos que as discussões voltam-se para a necessidade de melhorar o intercâmbio de informações referentes à qualidade assistencial, em um processo participativo e democrático. É possível observar também que a qualidade assistencial está relacionada à questão da desinstitucionalização do doente mental, ou seja, percebe-se a ênfase dada à reversão da tendência hospitalocêntrica em prioridade a um sistema extra-hospitalar e multiprofissional (BRASIL, 1988).

Segundo o Anexo do Relatório da primeira CNSM (BRASIL, 1988, p. 36), “o referido modelo [hospitalocêntrico] choca-se com as modernas aquisições preventivas e terapêuticas, cujas pedras basilares são o privilégio do setor privado e a marginalização da saúde mental em relação à saúde geral”. Assim, observa-se um modelo de assistência voltado para a desospitalização.

Para efetivar essa mudança, fica estabelecido na primeira CNSM que o setor público de saúde não deveria subsidiar a instalação de novos leitos psiquiátricos em unidades psiquiátricas hospitalares tradicionais bem como deveria haver uma redução gradativa dos leitos existentes em instituições regidas pelo modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 1988).

Outro fator a ser enfatizado no modelo de assistência desospitalizante está associado à importância e implementação da atuação de equipes multiprofissionais, tanto em unidades da rede básica como em hospitais gerais e psiquiátricos. A prática teve por objetivo propiciar a reversão do modelo assistencial organicista e medicalizante<sup>3</sup>, o qual não tinha uma atuação de qualidade acerca dos problemas sociais (BRASIL, 1988, p. 19).

Outro ponto importante da primeira CNSM está exposto em uma das alíneas do item ‘B’ dos princípios básicos do capítulo “Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental”, no qual é estabelecida a formação de “um Sistema Único de Saúde Pública gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado” (BRASIL, 1988, p. 16). Nesse momento, é possível observar que está havendo uma menção ao Sistema Único de Saúde

---

<sup>3</sup> Terminologias utilizadas para referenciar o tratamento psiquiátrico com foco na atribuição do transtorno a uma causa física, na primeira e ao uso de medicamentos e técnicas específicas para o controle da doença, na segunda.

(SUS), criado um ano após o evento, em 1988, devido à revisão da Constituição Federal (1988). Outros resultados concretos dos temas abordados na primeira CNSM estão expostos no documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental (CRRSSM), realizada em Campinas, em 2005, e que mobilizou representantes de vários países da América e da Europa para tratarem de assuntos relacionados aos quinze anos de reformas e políticas em saúde mental (BRASIL, 2005).

Em relação ao processo de desinstitucionalização marcado na I CNSM, em 1987, tiveram início as atividades do primeiro Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), na cidade de São Paulo. Em 1989, ocorreu a intervenção da Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico que seguia o modelo hospitalocêntrico e que, devido aos métodos de tratamento, ficou conhecida como a “Casa dos Horrores”. Ainda naquele ano, foram implantados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e começou a tramitar no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado que vinha de encontro aos princípios do novo modelo de assistência em saúde mental – primando pelo reconhecimento dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no Brasil (ALMEIDA, 2002; BRASIL, 2005).

Em suma, observa-se que a primeira CNSM tratou, em especial, de cinco tópicos, sendo:

- Redefinição do papel do trabalhador em saúde mental;
- Reversão da tendência hospitalocêntrica para um modelo de assistência não-manicomial, para tanto, propõe-se uma atividade preventiva e terapêutica;
- A importância de um trabalho realizado por uma equipe multiprofissional;
- A formação de um Sistema Único de Saúde público gratuito;
- E o doente mental passa a ser visto e respeitado enquanto sujeito de direitos, portanto, um cidadão como os demais membros de uma sociedade.

Sobre esses pilares discursivos, observa-se na prática a concretização dos seguintes tópicos:

- A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a reformulação da Constituição Federal, promulgada em 1988;
- O fechamento do primeiro manicômio – Casa de Saúde Anchieta (1989);
- Criação do CAPS e NAPS;
- A apresentação do projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, em 1989, ao Congresso Nacional.

É neste contexto de discussões e formulações de políticas que o projeto proposto pelo deputado dá início à luta do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

### 2.2.2 A Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental – A Formulação de um Modelo Assistencial

Em 1992, a segunda CNSM contou com a participação do Ministério da Saúde. Fundamentada nas premissas teóricas e éticas de assistência psiquiátrica, discutidas no II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, e nos fundamentos do processo de transformação do modelo de atenção à saúde mental, discutidos na Conferência de Caracas. A segunda CNSM realizava-se com o objetivo de construir:

- mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico;
- diversificação das referências conceituais e operacionais, indo além das fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas em saúde mental;
- uma ética da autonomia e singularização que rompa com o conjunto de mecanismos institucionais e técnicos em saúde, que têm produzido, nos últimos séculos, subjetividades proscritas e prescritas (BRASIL, 1994, p. 6).

Nesse contexto, passam a ser discutidos e estabelecidos mecanismos concretos para a efetiva desospitalização dos doentes mentais e a humanização das relações no campo da saúde mental. Reforça-se a importância de atividades multiprofissionais, voltadas às áreas artística, de cultura e de educação, visando ao estímulo do desenvolvimento do potencial dos indivíduos com sofrimento psíquico (BRASIL, 1994).

Na segunda CNSM, discute-se um modelo de assistência que contribui não apenas para os indivíduos com sofrimento psíquico, mas também para a família, a comunidade e o próprio profissional de saúde mental. Ainda acerca do modelo assistencial, ficam garantidos: a assistência, o direito e a recusa ao tratamento ao usuário bem como a obrigação do serviço em não abandoná-lo.

É também na segunda CNSM que se exige a aprovação de dispositivos legais que proíbam o uso de “práticas violentas (camisa de força, eletrochoque), medicação em excesso e psicocirurgias”, práticas recorrentes no modelo hospitalocêntrico. Essa exigência visa à garantia da cidadania do doente mental (BRASIL, 1994, p. 23).

No decorrer da primeira e da segunda CNSM, o Sistema Único de Saúde (SUS) é tomado como um dos princípios básicos da reorganização da assistência à saúde mental. Segundo os relatórios, o SUS caracteriza-se por um atendimento “gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado”. Percebe-se uma atividade contrária à realizada nos Governos Militares, os quais privatizaram grande parte dos serviços de assistência à saúde, fator que refletiu significativamente na qualidade do atendimento, bem como restringiu o acesso à população, negando o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros.

Segundo Tenório (2002, p. 45), diante da importância dada pelo Ministério da Saúde, o relatório final da 2ª CNSM foi “adotado como diretriz oficial para a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil”.

A complementar, Silva e Fonseca (2005, p. 445-446) observam que

[...] a segunda Conferência Nacional de Saúde Mental foi o momento da virada da orientação do modelo assistencial hospitalar hegemônico, por força da mobilização da sociedade civil organizada e, particularmente, pelo fato inaugural da forte presença de usuários e familiares discutindo o rumo e o projeto de saúde mental para o País.

Para tanto, verificam-se algumas mudanças no campo da prática. Assim, numa leitura do documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental (BRASIL, 2005) e segundo Tenório (2002), verifica-se a aprovação de leis e normas federais e estaduais que buscaram determinar a substituição progressiva de leitos psiquiátricos em instituições que atuavam sobre o modelo hospitalocêntrico por um atendimento em NAPS, CAPS ou em instituições que atuassem com o sistema de hospital-dia ou de serviço residencial terapêutico, entretanto, as leis, resoluções e portarias instituídas não previam um sistema de financiamento para os CAPS e NAPS.

Nesse período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS foi descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. [...] Ao final desse período, o País tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005, p. 08).

Sobre o exposto, compreendemos que a promulgação de tantos documentos em âmbito nacional e federal teve como forças propulsoras as manifestações do Movimento pela Reforma Sanitária, oficializadas em 1963, data da III Conferência Nacional de Saúde, posteriormente pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, que ganharam forças com a realização da primeira e da segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, sem ignorar a influência da Conferência sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Região,

realizada em Caracas, no ano de 1990. É sobre este pilar que são percebidos os avanços e os momentos de estagnação da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Vale ressaltar aqui que o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil tem cunho político e somente foi incentivado pelo Ministério da Saúde em razão da diminuição de gastos públicos com os internamentos psiquiátricos, tanto que o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, encaminhado ao congresso em 1989, tramitou por doze anos até ser efetivado em 2001, quando efetivamente o repasse de incentivos financeiros para o financiamento dos CAPS e das formas de tratamento extra-hospitalar foi efetivado no País.

### 2.2.3 A Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental – A Concretização das Políticas Assistenciais e a Definição do Modelo Assistencial em Saúde Mental

Antes de dar início a uma síntese dos principais pontos tratados sobre a terceira CNSM e dos efeitos concretos desse evento na Reforma Psiquiátrica no Brasil, é imprescindível expor que, nove meses antes de um novo encontro para tratar da reforma, é sancionada, pelo Congresso Nacional, a Lei n. 10.216/2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica. Essa Lei “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Lei 10.216/2001 in BRASIL, 2005, p. 49).

Segundo Tenório (2002), é com base nesse acontecimento que a terceira CNSM, realizada em 2001, fundamenta e impulsiona a transformação do modelo assistencial. Deste modo, observa o autor:

Não se trata mais de propor um novo modelo, mas de mostrar como tem sido possível implementá-lo e discutir o que se deve fazer para, com o auxílio de uma lei nacional e da renovada participação social, estendê-lo ao conjunto da rede assistencial no País (TENÓRIO, 2002, p. 54).

A terceira CNSM precisou trazer para as discussões o tema da reorientação do modelo assistencial em saúde mental, ademais tratou de discutir questões de recursos humanos, financiamento, acessibilidade, direitos, cidadania e controle social.

Esses tópicos temáticos estão no relatório final da terceira CNSM, bem como os princípios, as diretrizes e as propostas referentes a cada um. Neste trabalho, nos ateremos apenas a um levantamento das propostas para, posteriormente, serem elencados os efeitos desses acontecimentos na prática, tendo como base o documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental (BRASIL, 2005).

Diante do exposto, serão elencados as principais propostas da terceira CNSM bem como os princípios e diretrizes que fundamentam cada tópico temático. No que se refere à reorientação do modelo assistencial em saúde mental, o relatório final da terceira CNSM observa o seguinte:

A III Conferência Nacional de Saúde Mental reafirma a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a necessidade de garantir, nas três esferas de governo, que as políticas de saúde mental sigam os princípios do SUS de atenção integral, acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social; respeitem as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das Leis Federal e Estaduais; e priorizem a construção da rede de atenção integral em saúde mental (BRASIL, 2002, p. 23).

Como complemento, o documento expõe que as políticas de saúde mental têm como pressupostos a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviverem com a diferença, e fica a cargo dos municípios desenvolvê-las a partir da implementação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Ademais, fica esclarecido que a reorientação do modelo assistencial está pautada numa “concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde” (BRASIL, 2002, p. 23).

Para atender a esses objetivos, seguem algumas propostas da terceira CNSM (BRASIL, 2002 p. 24-88):

- Até o ano de 2004 deverá ser efetivada a extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil, devendo para isso ser implementado um Serviço de Atenção Integral em saúde mental (atenção, reabilitação, ensino e pesquisa, e preservação da saúde mental) capaz de atender ao usuário de saúde mental que inclua usuários de álcool e outras drogas, crianças, adolescentes e seus familiares;
- A partir das deliberações da terceira CNSM, deverá ser instituído um Plano Nacional de Saúde Mental bem como a criação do cargo de Coordenador em Saúde Mental nas esferas governamentais (Federal, Estadual e Municipal), devendo ficar a cargo dos gestores municipais a preocupação efetiva com a Reforma Psiquiátrica através da implantação de sistemas de informação, comunicação e divulgação das Políticas de Saúde Mental, para esclarecimentos sobre os direitos e deveres dos cidadãos;
- Deverão ser instituídos Programas de Geração de Renda e Trabalho bem como Cooperativas e Associações de Usuários para a construção gradativa dos processos de produção e de autonomia dos indivíduos com transtorno mental, com o intuito de construir a política de desospitalização/substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos;

- Criação de Serviços Residenciais terapêuticos para atender aos indivíduos em situação de desamparo social, sem vínculo sócio-familiar ou com dependência institucional;
- Incorporação de ações de saúde mental no Programa Saúde da Família e nas ações básicas de saúde;
- Abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais de caráter público ou privado para atendimento de indivíduos portadores de transtorno mental;
- Criação de protocolos específicos para tratamento dos transtornos mentais através de política de medicamentos nas três esferas governamentais;
- Definição de percentuais de financiamento para assistência farmacêutica nos três níveis governamentais de forma a garantir o acesso a medicações na rede assistencial;
- Desenvolvimento, através de parcerias entre Universidades, Ministério Público e Organizações Não-Governamentais, de ações integradas e intersetoriais nos campos da Educação, Cultura, Habitação, Assistência Social, Esporte, Trabalho e Lazer;
- Estabelecimento de convênios entre as esferas governamentais e universidades para treinamentos, capacitações, cursos de especialização na área de Saúde Pública e Saúde Mental, garantindo assim aprimoramento, reciclagem e educação continuados dos trabalhadores de saúde mental;
- Criação de uma política de Recursos Humanos que valorize o profissional de saúde mental como produtor de ato de cuidar, possibilitando o atendimento;
- Criação de uma política adequada de recursos humanos, integrada aos planos municipal, estadual e federal, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar, possibilitando o exercício ético da profissão e garantindo uma remuneração justa, além de planos de cargos, carreiras e salários;
- A criação de um programa de saúde mental no âmbito da administração municipal para os funcionários e servidores portadores de sofrimento psíquico e/ou dependência de álcool e drogas;
- Ainda em relação aos recursos humanos, reivindica-se a criação de política que regulamente a não contratação de recursos humanos de forma terceirizada;
- Regulamentação de política de financiamento das ações em saúde para a construção da rede assistencial em saúde mental em substituição aos hospitais psiquiátricos que compreendam os seguintes campos: atenção básica; atenção diária; moradia; atenção à dependência química, atenção à infância e à adolescência; atenção aos deficientes mentais, atenção à mulher; atenção ao indígena; atenção ao idoso; atenção à saúde

mental nos hospitais gerais; emergência psiquiátrica; serviços de interconsultas; convivência e geração de renda;

- A coordenação e gestão das equipes de saúde mental deverão ocorrer por meio de eleições de gestores, da participação diária no planejamento, execução e avaliação dos serviços, incluindo os familiares;
- Com objetivo do redirecionamento dos recursos financeiros destinados aos hospitais psiquiátricos para os serviços substitutivos, determina-se que o financiamento deve contemplar as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação da rede de serviços em saúde mental e a capacitação de recursos humanos;
- A política de saúde mental deverá garantir a imediata inversão das prioridades no financiamento das ações, na proporcionalidade de 80% para a rede substitutiva e 20% para o sistema hospitalar, para que os recursos sejam suficientes e garantam, em cada município, a construção da rede de assistência integral à saúde mental, a assistência farmacêutica bem como a sustentação da mesma.

Em suma, pode-se avaliar que essa conferência traz realizações concretas para a efetivação da Reforma Psiquiátrica no Brasil através da criação de programas pelo Ministério da Saúde após a realização da mesma como o Programa de Volta para Casa; Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiátrico (PNASH/Psiquiatria); Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH); Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas; e Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

Segundo Brasil (2005), a expansão na rede de atenção de base comunitária é efetivada a partir de 2001, quando ocorre uma significativa expansão dos CAPS, dos Serviços Residenciais Terapêuticos (residenciais terapêuticos e moradias), criando-se inclusive, os Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com dependências e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas (CAPSad) e a Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho em Saúde (SGESTES), em 2003, como órgão formador de recursos humanos.

Sobre o exposto, cabe salientar:

A condução deste processo, crucial para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, exige negociações e pactuações sucessivas entre gestores (municipais, estaduais e federal), prestadores de serviços e controle social. O cenário privilegiado desse denso progresso de negociação são as “comissões intergestores” bipartite (municípios e estados) e tripartite (Ministério da Saúde, estados e municípios) e os Conselhos Comunitários de Saúde (BRASIL, 2005, p. 16).

Assim, o processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a desinstitucionalização de pessoas internadas, um dos tópicos abordados e enfatizados nas três Conferências Nacionais de Saúde Mental, é efetivado em 2002, após uma série de normatizações do Ministério da Saúde.

Para finalizar o assunto sobre saúde, no referido capítulo, pode-se afirmar que a Reforma Psiquiátrica travou uma discussão mais ampla em relação aos fatores político-econômicos, propondo-se que a população tenha além do acesso aos serviços de saúde que ela possa beneficiar-se de um novo modelo de assistência, enquanto a Reforma Sanitária propunha apenas uma reformulação da assistência com a criação do Sistema Único de Saúde (ALMEIDA, 2002).

Por conseguinte, a Reforma Psiquiátrica vai além de reformular a assistência prestada como um processo técnico, ela propõe uma mudança de paradigma, pois questiona os saberes a respeito do sofrimento individual e da vida social (ALMEIDA, 2002).

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos Federal, Estadual e Municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 06).

Assim, podemos concluir ao falarmos de política de saúde e formularmos conceitos a cerca do tema escolhido que, o processo de construção de ideologia formulado com os movimentos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica trouxe conceitos inovadores que irão, mesmo que a longo prazo, mudar a vida dos indivíduos com sofrimento psíquico e seus familiares.

### **3 POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO INDIVÍDUO EM SOFRIMENTO MENTAL NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL-PR – A ESTRUTURAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL**

#### **3.1 CONSTRUINDO O CONCEITO DE REDE ASSISTENCIAL**

Segundo Rabelo e Torres (2006), o movimento da Reforma Psiquiátrica elege um novo objeto que não se refere somente à doença mental, mas propõe a construção conjunta de um conhecimento que tente melhor alcançar o sofrimento de alguém junto à comunidade em que vive, e, para isto não há mais um foco somente para tratamento, mas para o indivíduo.

Assim, a Reforma Psiquiátrica Brasileira passa a articular transformações técnico-assistenciais nos campos político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural, sendo esse último com “o objetivo de transformar o imaginário social acerca da loucura, buscando práticas sociais de solidariedade e inclusão dos diferentes”. A identificação dessas dimensões possibilita uma análise mais crítica do processo e ajuda na sua compreensão, apesar de ser impossível sua compreensão na totalidade (RABELO e TORRES, 2006, p. 221).

Com o processo de reforma da assistência psiquiátrica iniciada na década de setenta e culminada através das mudanças assistenciais, recomendadas pela Lei nº 10.216 (06.04.2001), surgem propostas de redução de hospitais psiquiátricos sem produzir desassistência, substituindo-os por uma rede de serviços comunitários onde os pacientes são atendidos com mais humanidade e eficácia.

Essa rede refere-se ao incentivo à criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços psiquiátricos em Hospitais Gerais, programa De Volta para Casa, Serviços Residenciais Terapêuticos, Oficinas de Geração de Renda e Trabalho e participação mais efetiva da atenção básica no atendimento em Saúde Mental. Assim, cria-se, em território nacional, o conceito de rede assistencial, proposto inclusive nas deliberações da terceira Conferência Nacional de Saúde Mental, com o desafio da reintegração social dos indivíduos em sofrimento mental.

Em se tratando de rede assistencial, Pitta (2001) afirma que, o primeiro passo para a estruturação da prestação do serviço e da busca da responsabilidade do cuidado está na organização de um território que contemple todos os serviços e iniciativas referentes a demandas de doenças apresentadas pelo usuário ou equipe de saúde. Ainda, o conceito de território torna vivo o espaço onde a população escolhe para a sobrevivência e a prática social.

Segundo Pitta (2001, p. 278), “[...] a noção de territorialidade [...] é a melhor nomeação para um terreno sobre o qual uma rede de iniciativas múltiplas agencia cuidados e inclusão social”. Neste sentido, a autora faz uma alusão de rede assistencial como uma ‘teia’ que deve ser flexível, não ordenada por tamanho ou complexidade, mas sim, uma estrutura maleável com disponibilidade de expansão para a busca e identificação de necessidades, levando-se em consideração a flutuação dos recursos nos distritos, bairros, municípios e regiões.

Pensar uma rede de atenção que seja, a um só tempo, efetiva, eficaz e eficiente sob o prisma técnico burocrático que costuma presidir a lógica da organização de serviços públicos de saúde, sem subestimar uma certa tecnologia da sensibilidade, [...], capaz de fazer equipes e serviços acompanharem as pessoas e suas necessidades, em estratégias que costumam animar programas de humanização do atendimento e de processos de trabalho em saúde, é o grande desafio. Implica em incluir dimensões singulares e intersubjetivas que considere esperanças e valores éticos pró-ativos para uma cultura de solidariedade entre usuários, familiares, profissionais, gestores do SUS, grupos de interesse, sociedades organizadas, ONGs, legislativo e judiciário comprometidos em organizar uma rede de cuidados que enfrenta a complexidade da demanda (PITTA, 2001, p 279).

Para Machin e Chagas (2008), as redes são estruturas abertas, com expansão limitada, capazes de reunir indivíduos e instituições para o estabelecimento de relações formais e informais em um modelo de organização horizontal e cooperativa a fim de discutirem-se objetivos em comum, contribuindo assim para o desenvolvimento sustentável de um grupo.

Redes podem ser consideradas mecanismos que permitem o compartilhamento de informações e experiências e a valorização do processo de comunicação. Isso possibilita a perpetuação do conhecimento de seus atores. Nesse sentido, o trabalho em rede torna-se um importante instrumento de apoio às atividades e à concretização de ações efetivas de saúde pública (MACHIN e CHAGAS, 2008, p. 24).

Ainda segundo Pfeiffer (2008), para garantir a complementaridade da rede, é necessário um controle para a convergência de diversas atividades. O controle se dá pela coordenação efetiva visando à implementação de benefícios de forma a manter os indivíduos inseridos na rede, uma vez que essa funciona, por natureza, de forma descentralizada.

Em serviços de saúde mental, com as deliberações da terceira CNSM e efetivação da Lei 10.216/2001, fica estabelecida a formação de mecanismos extra-hospitalares de base comunitária para assistência aos indivíduos com sofrimento psíquico em substituição do atendimento hospitalar, como dito anteriormente. Com isso, faz-se necessária a formação de uma rede assistencial descentralizada que tem como ponte a atenção básica em saúde, seguindo os pressupostos da Lei 8.080/90 em relação à equidade, integralidade, igualdade e universalidade da assistência.

Vieira Filho (2004) mostra a rede comunitária de serviços em saúde mental como um sistema composto por nódulos que representam as organizações de unidades. Nesta estrutura, o que possibilita a realização de ações integradas de saúde interinstitucional são os canais de comunicação formados entre as unidades sanitárias ou as micro-organizações. Assim, a unidade básica da rede de serviços seria a estrutura principal do atendimento, o qual é realizado graças à interligação profissional nas ações terapêuticas.

Nesse contexto, surge um novo modelo assistencial denominado de Modelo Psicossocial, movimento originado a partir da desinstitucionalização dos indivíduos, o primeiro passo para a formação da rede assistencial em saúde mental.

[...] A desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Envolve questões do campo jurídico-político e sociocultural. Exige que, de fato, haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade (GONÇALVES e SENA, 2001, p. 50).

Para Oliveira (2007), o processo de desinstitucionalização, originário das reformas de base conceitual, consiste na reversão do modelo hospitalar através da diminuição de leitos e da permanência hospitalar e da criação de serviços intermediários. Assim, a desinstitucionalização é garantida através da instituição de uma rede de serviços que ofereça ações de cunho sanitário e comunitário, que deveriam atuar na promoção da saúde.

(...) A desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalizar significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito e não um objeto do saber psiquiátrico (AMARANTE, 1995b, p.493-494).

Entre as experiências que seguem, essa orientação está no projeto de construção de uma rede de serviços territoriais em saúde mental, como o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), que é um serviço criado a partir da reforma psiquiátrica. O mesmo tem não somente a descrição de clientela referente a um território, mas a sua utilização como instrumento de trabalho, visando, entre outras coisas, reabilitar e inserir socialmente o usuário com sofrimento psíquico intenso (RIETRA, 1999).

O campo psicossocial tem como pressuposto, para o produtor de ação de saúde: o planejamento do modelo assistencial coletivizado, produzido no espaço multiprofissional,

com qualidade interdisciplinar. A superação da rigidez da especificidade profissional e flexibilidade para gerar o produto de saúde mental compatível com a necessidade do consumidor de produto de saúde mental (SILVA; FONSECA, 2005 p. 448).

Para os autores, essa posição é coerente com a base teórica para a reorientação do modelo de atenção que afirma a concepção de saúde como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção de saúde.

Para Guerra (2004), o avanço no campo psicossocial ainda está sendo formulado em bases teóricas que abrangem o conceito do território em que está inserido, o que dificulta o processo de elaboração de políticas públicas de saúde mental no sentido de implantação, financiamento e administração de serviços para a substituição do modelo hospitalar. Apesar das diferenças regionais dos serviços, dos contextos e dos recursos disponíveis, o que determina a intervenção são as culturas locais e as disponibilidades reais dos atores e dos recursos envolvidos, para a leitura e interpretação dos diferentes modelos de diagnóstico, medicação, tratamento e reabilitação.

[...] além de seu campo prático referido a iniciativas concretas, o avanço do campo da reabilitação psicossocial pode ser pensado, por outro lado, a partir das diferentes formulações teóricas que habitam seu território, tornando ainda hoje, pouco coeso ou uniforme. Essa dispersão teórica e prática tem caracterizado o campo da Saúde Mental Brasileiro como um todo. Vê-se, na prática assistencial, uma homogeneidade quanto às políticas públicas que dão diretividade à implantação, ao financiamento e à administração dos serviços abertos e substitutivos ao manicômio (GUERRA, 2004, p. 89).

Assim, a implantação de uma rede comunitária de cuidados ao indivíduo em sofrimento psíquico, que amplie a oferta de serviços em saúde mental com base na atenção primária à saúde, faz parte dos objetivos do modelo psicossocial.

Esse modelo incentiva também a implantação de medidas preventivas, educativas, assistenciais e de reabilitação e garante ao portador de transtorno mental a promoção de cidadania e de inclusão social. Para isso, a política de saúde mental de cada município deve investir na formação dos profissionais envolvidos na assistência da rede de forma geral e implementar projetos intersetoriais de atenção psicossocial bem como realizar supervisão e avaliação da rede de atenção à saúde mental.

Com a desinstitucionalização, a família deve assumir certa responsabilidade no cuidado dos seus e a rede tem a função secundária, dentre outras, de implementar estratégias de prevenção de novas crises de desajustamento social, apoiando a família na identificação e manejo das mesmas.

No campo da saúde mental, a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial vêm provocando uma desinstitucionalização dos saberes, dos serviços e do trabalho profissional. O novo paradigma recoloca em questão, sobretudo, os objetivos e a lógica da atenção – não se buscam a cura, a volta à normalidade e às fórmulas de viver já prontas, mas o desafio da produção de novas possibilidades de vida e de cidadania, de forma aberta na comunidade local e na cidade, assumindo a diferença colocada pela presença do transtorno (VASCONCELOS, 2005, p. 101).

Neste sentido, torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha como ênfase a reabilitação/habilitação e reinserção social dos seus usuários. Sempre considerando que o cuidado às pessoas que apresentem problemas decorrentes do sofrimento psíquico, seja ele mental ou devido ao uso de álcool e outras drogas, deve estar baseado em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial, interligação da rede assistencial de saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como realizar uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

### 3.2 O DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL – PR

O município de Cascavel possui população de 296.254 habitantes e economia de base na indústria e agronegócio (IBGE, 2009). Possui classes econômicas bastante diferenciadas e distribuição de riqueza desigual, o que remete a necessidades de demandas sociais e de saúde bastante peculiares. A maioria da população é residente na área urbana e o município é dividido em 31 bairros e 259 loteamentos, contando com 8 distritos administrativos (CASCAVEL, 2001)

É neste cenário que, após minha entrada como enfermeiro assistencial no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) do município, em outubro de 2007, surgiu uma inquietação em relação aos determinantes históricos que levaram o município à reorganização do modelo assistencial. Com isso busquei informações sobre o processo de reforma em anotações informais e através de relatos de outros profissionais que estiveram envolvidos nesse processo de mudança, já que, no Município, não existiam documentos públicos oficiais que relatassem tal processo. Após aprofundamento teórico sobre o campo psicossocial e o marco

determinante das políticas municipais, foi possível a proposição por melhores condições assistenciais aos indivíduos atendidos.

Sendo assim, serão expostos fatos e acontecimentos que inverteram a lógica assistencial nesse município, elegendo dados importantes que reverteram a assistência puramente hospitalocêntrica em assistência psicossocial de base comunitária.

No ano de 1995, o município de Cascavel elaborou e aprovou, através do Conselho Municipal de Saúde, o Plano Municipal de Saúde Mental, que tinha como proposta a implantação de uma rede assistencial à saúde mental, com base no atendimento extra-hospitalar, moldada na proposta da Reforma Psiquiátrica Nacional.

Segundo Dias (2008), como o plano não havia avançado, o Município contava na época apenas com o hospital São Marcos, referência para o atendimento psiquiátrico da região, um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i) e um ambulatório no Centro Regional de Especialidades (CRE).

Segundo Tonini (2005), o hospital psiquiátrico de Cascavel – São Marcos, hospital privado, credenciado ao SUS, contava com 315 leitos para internação pelo SUS e atendia à demanda populacional de Cascavel e dos municípios que compõe a 10.<sup>a</sup> Regional de Saúde<sup>4</sup>.

A implantação das mudanças propostas pela reforma aconteceu de forma lenta, pois não existia pressão com relação às famílias de pacientes nem da própria sociedade, uma vez que a porta de entrada era o próprio hospital. Assim, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) não tinham conhecimento dos pacientes portadores de distúrbios mentais de sua área de abrangência, não existiam postos de triagem, com isso, a própria família se encarregava de encaminhar o paciente até o hospital onde se realizava o internamento do mesmo sem grandes dificuldades. Este modelo de intervenção e internamento somente será coibido com a implantação da Lei 10.216/2001.

Embora caracterizado na referência hospitalar, o hospital contava com uma equipe multiprofissional para o atendimento dos usuários bem como oferecia oficinas terapêuticas que visavam à realização de trabalhos manuais e com uma associação que reunia os artefatos produzidos pelos pacientes para a venda em um espaço denominado ‘Vila dos Ofícios’. As atividades já eram direcionadas para o atendimento aos usuários nos moldes propostos pelo Ministério da Saúde.

---

<sup>4</sup> Por determinação do Plano Diretor de Regionalização do Estado do Paraná, Cascavel, torna-se o município sede do módulo assistencial da 10<sup>a</sup> Regional de Saúde do Estado (TONINI, 2005).

Após a implantação da referida lei, marco do processo de reforma psiquiátrica, com as exigências de implementação de rede substitutiva e a desativação gradativa dos leitos de internação integral, o gestor do hospital São Marcos entendeu que era melhor se descredenciar do SUS.

De início, o Município não acreditava no fechamento da instituição, uma vez que a grande preocupação do gestor municipal estava no número de atendimentos. Dos 315 leitos ocupados do hospital, 30% eram de pacientes que residiam em Cascavel, ou seja, aproximadamente 90 pacientes, os quais, com o fechamento, ficariam desamparados e passariam a ser responsabilidade exclusiva do Município.

Neste trâmite, gestores municipais e o gestor do hospital tentaram travar negociações que garantissem a manutenção da assistência aos usuários.

No segundo semestre de 2002, o hospital desenvolveu um projeto de Hospital Dia (HD). Trabalhou com 16 pacientes residentes no município e, considerando viável a sua implantação em 2003, apresentou a proposta para a Secretaria de Saúde. Entretanto, o Conselho Municipal de Saúde não a aprovou, entendendo que esse serviço não deveria estar vinculado ao setor privado e exigiu que o município tomasse as iniciativas de implementação e criação dos serviços de assistência em saúde mental (DIAS, 2008 p. 11).

Apesar das tentativas de negociação por parte do gestor, a Secretaria Municipal de Saúde e o SUS, não houve acordo capaz de agradar a todas as partes, então, frente à negativa feita pelo Conselho Municipal de Saúde sobre o projeto apresentado, o gestor do hospital decidiu pelo descredenciamento do SUS e fechamento definitivo do hospital São Marcos.

Com o fechamento do hospital, em 3 de novembro de 2003, a Secretaria de Saúde precisou agilizar o processo para implantação de serviços que estavam contemplados no plano de atenção à saúde mental, plano que possuía cronograma para conclusão das propostas no final do ano de 2005 (DIAS, 2008).

Para Dias (2008), o fechamento do hospital gerou preocupação sobre a nova forma de assistência, tanto para pacientes como para familiares, uma vez que os profissionais das equipes das UBS e serviços de urgência da região não estariam preparados para tal atendimento. Assim, buscou-se, com a reestruturação da assistência em saúde mental, resolver o problema dos internos, os quais na última quinzena de funcionamento do hospital eram 201.

Antes do fechamento do hospital São Marcos, os internos receberam avaliação médica para efetivação de triagem, na busca pelo levantamento das condições do estado mental que determinariam quais internos precisariam ser mantidos internados e quais poderiam ser encaminhados para tratamento ambulatorial (DIAS, 2008).

Os pacientes que não possuíam condições para receber alta foram encaminhados para

o hospital Filadélfia, no município de Marechal Cândido Rondon e ao hospital Vera Cruz, em Santa Terezinha de Itaipu. Já os pacientes que se encontravam em melhor estado, receberam alta com receita de psicotrópicos com validade para sessenta dias, sendo encaminhados para tratamento ambulatorial.

No caso dos pacientes moradores do hospital São Marcos, que eram o total de 26 pessoas, o gestor municipal entrou em acordo com o albergue noturno e os transferiu para lá, provisoriamente. Segundo Dias (2008), como esses indivíduos não possuíam mais vínculos familiares ou sociais, ficou sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde a viabilização de recursos financeiros para a manutenção desses indivíduos até o momento da abertura do Serviço Residencial Terapêutico, tempos mais tarde.

Neste ínterim de fechamento do hospital e repasse de recursos financeiros para subsidiar a assistência dos ditos moradores do hospital em instituições não-governamentais, o Município abre as portas do ambulatório municipal, que seria o primeiro passo no processo de formação da rede assistencial. O ambulatório passa a denominar-se Centro de Atendimento em Saúde Mental (CASM) e compartilha o atendimento dos indivíduos com transtorno mental, residentes no município, com o outro ambulatório já existente no CRE.

Com a inauguração do CASM, um médico psiquiatra foi contratado, enfermeiros e auxiliares de enfermagem foram transferidos, contrataram-se psicólogos e um assistente social, por concurso público. As UBS realizaram busca ativa através da relação de altas do hospital e encaminharam os usuários para o ambulatório. Para o atendimento dos usuários que estavam alocados no albergue municipal deu-se início à elaboração do projeto para implantação do Serviço Residencial Terapêutico. O projeto arrastou-se por aproximadamente um ano até que fosse encaminhado a todas as instâncias governamentais, como a bipartite estadual e ao Ministério da Saúde a fim de que fosse aprovado e o município passasse a receber verbas para a locação de casas, compra de mobiliário e a transferência de pacientes.

Na ocasião, foram alugadas quatro casas em bairros distintos do município, uma vez que havia 26 pacientes que eram moradores do extinto hospital. O número de residências abertas foi embasado em documentos ministeriais que norteiam o processo de abertura destes serviços, permitindo o número máximo de oito moradores por residência. Para prestação do cuidado a esses moradores do serviço residencial terapêutico, foram contratados cuidadores também seguindo orientações federais.

Vale ressaltar que os acontecimentos relatados surgiram da luta de alguns profissionais preocupados com a atenção em saúde mental no município em um momento político no qual

o auge da discussão era a manutenção da hegemonia da assistência psiquiátrica oferecida e da disponibilização de recursos financeiros para a instituição privada.

Assim, é possível dizer que o processo de viabilização e efetivação das políticas de saúde mental no Município ocorreu de forma lenta e gradativa, efetivando-se a partir de 2003 com o fechamento do hospital psiquiátrico de referência para o tratamento de indivíduos em sofrimento psíquico do município e região.

Para Tonini et al., (2008), com o fechamento dessa referência em psiquiatria para o Oeste do Paraná, são desencadeados os primeiros passos para a mudança estrutural da assistência aos indivíduos em sofrimento psíquico, uma vez que os pacientes antes internados retornaram para suas origens. As autoras apontam esse momento como o evento que obrigou os gestores municipais a pensarem em novas estratégias assistenciais, oficializando-se assim a formação da rede assistencial em saúde mental no município de Cascavel – PR.

Isso implicava a mudança de pensamento em relação à loucura e em relação à assistência prestada a essas pessoas até esse momento. Significaria, também, reorganizar a rede de serviços, buscar a participação da família, capacitar os recursos humanos já existentes no quadro para atender a essa nova demanda, enfim, iniciar o processo da Reforma Psiquiátrica nos municípios, por força das circunstâncias (TONINI et al, 2008, p. 263).

Com a latente preocupação sobre a qualidade da assistência que seria prestada à população, nos novos moldes de atenção com vistas ao atendimento pelos profissionais da rede assistencial básica, a coordenação da equipe de saúde mental, da época, organiza o I curso de formação em Saúde Mental com ênfase em reabilitação psicossocial, com a proposta de iniciarem a capacitação com os agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem e posteriormente, enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais (DIAS, 2008).

Portanto, fica marcada a transferência de responsabilidades sobre o cuidado dos cidadãos em sofrimento psíquico. A cidade de Cascavel estrutura uma rede de assistência em saúde mental onde, além dos serviços ambulatoriais com mão-de-obra especializada, conta com a participação efetiva da atenção primária no reconhecimento desses indivíduos e acompanhamento dos mesmos, seguindo os princípios propostos pela Lei que regulamenta o SUS, com base no roteiro proposto pela municipalização da assistência.

Com a implantação e organização dos serviços de atenção à saúde ao indivíduo em sofrimento psíquico e seus familiares, as UBS e USF tornam-se, a partir de novembro de 2003, porta de entrada para os serviços especializados em Psiquiatria e Saúde Mental, substitutivos ao hospital psiquiátrico que anteriormente era porta de entrada para os portadores de transtornos psiquiátricos (TONINI, 2005, p. 24).

Segundo Paiva et al., (2002), com a implantação da Lei Orgânica da Saúde 8.080 e 8.142/90 e a formulação das Normas Operacionais Básicas (NOB-SUS), o município lança mão do processo de municipalização como estratégia para a viabilização da descentralização, aumentando assim a capacidade de gestão municipal. Com a municipalização, fica estabelecida a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada para o desenvolvimento das ações e dos serviços de atenção à saúde, de forma que gestor municipal possa garantir a integralidade da assistência, assumindo a responsabilidade do cuidado da saúde de todos os residentes de seu território.

Com o processo de municipalização, a forma de repasse de recursos financeiros foi modificada, ou seja, passou a ser efetuada diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, de modo a possibilitar ao município o efetivo gerenciamento da rede de oferta de serviços de saúde em seu âmbito. Uma das exigências à transferência desses recursos implica no provimento, por parte do Município, à Secretaria de Saúde do Estado e dessa ao Ministério da Saúde, dos dados/informações relativos aos Sistemas Nacionais de Informação (PAIVA, et al, 2002, p. 538).

“Com a municipalização e a expansão das ações de saúde mental, acreditamos que a melhoria da qualidade de atendimento a esses indivíduos e seus familiares pode ser concretizada e há maiores possibilidades de que a população seja melhor assistida” (TONINI, 2005, p. 54).

Para Caçapava e Colvero (2008), pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade das ações de saúde estabelecidas pelo SUS e, com a necessidade de se reconhecerem os problemas de saúde da população, é legitimada uma política de inclusão social que determina o processo saúde-doença. Sobre tal óptica, o papel da Atenção Básica na rede assistencial ganha destaque na medida em que passa a ser compreendida como porta de entrada do usuário no sistema de saúde, devendo inclusive primar pela realização de ações de saúde coletiva e individual.

Assim, em Cascavel, a atenção primária à saúde é realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), sendo que o município conta com trinta e três UBS, distribuídas nos bairros e distritos do município e dez USF: oito delas pertencem à área rural e duas estão na área urbana do município, todas elas distribuídas segundo o conceito de território distrito sanitário. As unidades contam com os atendimentos de enfermagem, médico, serviço social, odontologia e Agentes Comunitários de Saúde (CASCAVEL, 2001).

Com a definição da rede assistencial, a responsabilização do município no tratamento e o acompanhamento dos indivíduos com sofrimento psíquico, Cascavel dá novos passos para a garantia dessa assistência.

Após a abertura do CASM, os coordenadores das UBS e USF foram convocados para reunião em que foram traçadas as metas de atendimento do serviço e qual seria o papel de cada unidade no acompanhamento de seus usuários. Naquele momento, tomou-se a iniciativa de escolher um representante de cada unidade para denominar-se referência em saúde mental. O profissional denominado como referência seria responsável pela busca ativa dos casos de pacientes com transtorno mental, encaminhando-os para os serviços de referência; para o acompanhamento domiciliar, na unidade para prestação de serviços e orientação dos familiares, bem como atualização dos membros da equipe de sua unidade sobre a situação de saúde desses indivíduos.

Cria-se também a Divisão de Saúde Mental, que passa a funcionar no mesmo ambiente do CASM. Com a criação da Divisão, recursos passam a ser investidos na área e posteriormente dá-se início à implantação do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad), Serviço Residencial Terapêutico (RT) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III).

Com isso determina-se o fluxo de atendimento em todas as esferas da rede assistencial de saúde mental, assim fica definido que os indivíduos em sofrimento psíquico residentes no Município deverão ser encaminhados pela UBS ou USF, não podendo existir outras formas de encaminhamento e de entrada nos serviços.

A seguir, será feita uma exposição dos serviços que compõem a rede assistencial de saúde mental do município. Para exposição dos dados referentes ao número de usuários atendidos em cada serviço, foi realizada uma busca documental em registros de atendimento como APACs, AIH, relatórios de produtividade, livros de registro de acompanhamento de pacientes.

Hoje o município conta com os atendimentos do ambulatório do CRE/CISOP, que não levantou o número de usuários atendidos pelo município; o CASM, com 1150 pacientes em atendimento com idades entre 13 e 99 anos, para atendimento de psiquiatria e psicologia; o CAPSi com atendimento a 55 pacientes entre 0 e 21 anos incompletos; o CAPS AD, com atendimento a 45 pacientes com idades entre 11 e 18 anos, Residências Terapêuticas, contando com três unidades que atendem a 23 moradores e o CAPS III que atende hoje a 132 pacientes, com idades superiores a 20 anos, em três modalidades de internamento (intensivo, não-intensivo e semi-intensivo), contando com oficinas terapêuticas e atendimento multiprofissional, em turno ininterrupto, além de ser responsável direto pelos moradores das RT.

Além dos serviços ambulatoriais, o município conta com duas unidades de Pronto Atendimento Continuado (PAC I e PAC II) para a efetivação de atendimentos de urgência e emergência psiquiátrica. Até o mês de dezembro de 2007, a referência para o atendimento de urgências psiquiátricas estava no PAC I, que contava com o atendimento de dois médicos psiquiatras para prestação do atendimento. Após a reformulação de estratégia para atendimento de demanda populacional e o levantamento de risco ocupacional, a referência passou a ser o PAC II, ainda com avaliação dos pacientes, realizada por profissional psiquiatra.

Essa situação se manteve até julho de 2009, após o pedido de exoneração de um dos psiquiatras que fazia o atendimento. Após a saída de um dos profissionais, a Secretaria de Saúde decidiu suspender a avaliação psiquiátrica no serviço de Pronto Atendimento, ficando responsável pela avaliação de possíveis atendimentos de crises ou surtos o médico clínico que estivesse de plantão. Assim, em agosto de 2009, o município deixou de ter um serviço de referência em urgência psiquiátrica e passou a atender possíveis crises de desajustamento nas unidades de Pronto Atendimento apenas como intervenção clínica com encaminhamentos para serviços ambulatoriais.

Vale ressaltar que até novembro de 2008, não se fazia no serviço descrito (PAC II) o controle de atendimentos psiquiátricos e a média de atendimentos era baseada apenas no número de atendimentos clínicos e pediátricos, cujo atendimento mensal médio no PAC I era de 8.577 pacientes na clínica médica, e 4.348 pacientes atendidos pela clínica pediátrica; no PAC II, a parte de clínica geral atendia a 4.569 pacientes e na pediatria a média era de 2.465 pacientes/mês (dados levantados com base no período de janeiro a julho de 2009).

A partir do momento em que os registros de atendimento das demandas de psiquiatria no serviço de referência (PAC II) passaram a ser realizados, registrou-se que o Município realizou 404 atendimentos de urgência psiquiátrica no período de novembro de 2008 a abril de 2009.

Além desses serviços, o Município conta ainda, para o atendimento de urgência e emergências, com o SAMU 192, que faz o primeiro atendimento das demandas e após avaliação encaminha os pacientes atendidos para o CAPS III (quando paciente inserido no serviço), PAC I e PAC II e ainda para a UBS de referência quando não se tratar de crise ou de urgência. Somente no primeiro semestre de 2009 (janeiro a julho), o SAMU 192 atendeu a 323 ocorrências psiquiátricas no Município. Para contextualizar a situação do município em relação a rede assistencial vale ressaltar que o Estado do Paraná em dezembro de 2006

contava com um total de 54 CAPS, sendo 17 CAPS I, 18 CAPS II, 2 CAPS III, 5 CAPS i e 12 CAPS ad (BRASIL, 2006).

No decorrer desse período, em que o referido pesquisador esteve envolvido no atendimento de indivíduos em sofrimento psíquico, chamou a atenção o fato de quando havia a necessidade de intervenções clínicas para os indivíduos inseridos no CAPS III, encontrava-se muita dificuldade para a realização dos encaminhamentos para a UBS de referência, o que demonstrava claramente que algumas equipes não reconheciam como seus os usuários estivessem inseridos na rede de saúde mental.

Percebe-se nitidamente uma grande dificuldade no levantamento de informações, de novos usuários inseridos no sistema, no que se refere aos atendimentos realizados na UBS. Existe ainda uma ampla distância para oferecer aos usuários o princípio da integralidade regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde. Fato apurado quando se fez o levantamento das listas de espera para atendimento em saúde mental das UBSs. Nesse momento, pode-se verificar que os profissionais inseridos na atenção básica ainda padecem com o preconceito e a falta de capacitação para o atendimento deste público.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na sequência, será apresentada a análise das questões voltadas para o objeto de estudo as quais, para melhor entendimento, foram subdivididas em focos de análise. Dessa forma, primeiramente serão abordados os focos de análise voltados para as respostas sobre o acompanhamento oferecido pela UBS, para o usuário inserido na rede assistencial de saúde mental, utilizando-se para tal a análise dos dados levantados através de questionário aplicado para familiares de indivíduos com sofrimento psíquico.

Posteriormente, serão reportados os dados referentes ao atendimento prestado na UBS pelos profissionais, denominados como referência em saúde mental, obtidos pela aplicação de questionário.

Serão apresentados também quadros de respostas elaborados para sustentar e subsidiar os focos de análise, buscando-se evidenciar, da melhor maneira, as proposições levantadas pelos participantes.

### 4.1 Foco de Análise I (FAMILIAR)

#### 4.1.1 O familiar de usuário portador de transtorno mental

Para que haja a delimitação dos atores envolvidos na pesquisa, primeiro será feita a exposição dos indivíduos categorizando-os pelos dados de identificação, onde foi possível observar que, em relação ao gênero do cuidador/familiar investigado, levantou-se que dos 10 (dez) participantes da amostra 09 (nove) eram do sexo feminino e apenas 01 (do sexo masculino) conforme aponta a tabela a seguir:

**Tabela 1:** Gênero do cuidador/familiar

<i>Total</i>	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>
10	09	01 (F1)

**Fonte:** Questionário de Pesquisa (Apêndice II)

Este fato pode ser explicado através de leituras da contextualização histórica sobre o processo de cuidar na sociedade organizada, onde se observa que, desde os primórdios da construção da civilização, a mulher vem exercendo a prática do cuidado dos seus. Para Gonçalves e Sena (2001, p 49), “o cuidado não institucionalizado é uma prática milenarmente

assumida por mulheres. Quanto ao cuidado do doente mental, essa tarefa também vem sendo atribuída às mulheres”.

No Brasil, segundo Pereira e Pereira Junior (2003), é a partir da reforma psiquiátrica, na década de 70, que se reformula a forma de intervenção relacionada à família, com intuito de diminuir-se as taxas de internação. Neste sentido, as estratégias implementadas favorecem a participação coletiva no cuidado ao portador de transtorno mental, reconhecendo o valor da família na prestação do cuidado, inserindo-a no projeto terapêutico para que haja melhor qualidade de vida, tanto para o cuidador quanto para quem é cuidado.

Evidenciamos que se a família, em algum momento, retirou-se da cena do cuidado de seu familiar doente mental, em outros, ela foi excluída por ser considerada como “nociva ao tratamento”, isto é, como causadora da doença, pois atrapalhava o tratamento proposto. Outras vezes, ela delegou esse cuidado pelo desconhecimento de não saber como agir frente a certas manifestações do doente, pela sobrecarga física e emocional que o sujeito doente acarreta a seus membros (COLVERO et al, 2004, p. 199).

Para Gonçalves e Sena (2001), a referida reforma se configura em um movimento com diferentes níveis de entendimento e de adesão, tanto por parte dos profissionais quanto da sociedade. É necessário perceber que não se trata apenas de desospitalização e sim de ressocialização/reabilitação, para que não haja impacto negativo sobre a família, onde é atribuída às mulheres a realidade cotidiana do cuidado ao indivíduo com transtorno mental.

“A instituição familiar não se mostra favorável a respeito da desinstitucionalização do doente mental exercendo pressão para que a instituição psiquiátrica continue a manter a custódia dos pacientes porque esse pesado encargo não é aceito passivamente por ela” (GONÇALVES e SENA, 2001, p 51).

Frente a essas informações, no campo da saúde mental e de sua relação com a família do doente mental, considera-se que a família é quem vivencia as propostas da reforma psiquiátrica do País, uma vez que na “perspectiva da Reabilitação Psicossocial, a doença não reside isolada e culpabilizante, dentro do sujeito, mas no território virtual que é a interação entre os membros da família”. Assim, entende-se que a família é protagonista da reabilitação dos indivíduos e esses deverão ser inseridos em serviços extra-hospitalares para que não ocorra o desgaste dos familiares (COLVERO et al. 2004, p. 200).

Colvero et al (2004) reafirmam que, ao entendermos a influência dos movimentos trazidos com a reforma psiquiátrica sobre a realidade dos familiares de portadores de transtorno mental, percebemos que esses foram forçados a absorver, mesmo com todas as dificuldades inerentes ao convívio, a responsabilidade do cuidado deslocado para dentro do ambiente doméstico, cuidado que, devido às circunstâncias proporcionadas pelo afastamento

promovido pelo modelo hospitalar, torna-se leigo dentro de um contexto de processo saúde-doença.

Assim, Gonçalves e Sena (2001) apontam que, com a negação do manicômio, a implantação de serviços substitutivos é uma realidade que exige novas formas de prestar o cuidado, sendo que a mulher, como cuidadora, assume o papel de personagem principal desse contexto.

#### 4.1.2 Rede assistencial em saúde mental

Um segundo foco para análise diz respeito aos serviços frequentados pelos usuários. O requisito para a participação da amostra era a inserção na rede assistencial de saúde mental com vínculo na UBS. Assim, após a leitura dos questionários, pode-se perceber que, em relação aos serviços de atendimento da rede de saúde mental, implantados pelo Município, a distribuição de participação em serviços é a seguinte:

**Tabela 2** - Serviços da rede de saúde mental em que estão inseridos

<i>Número de usuários</i>	<i>Serviço Frequentado</i>	<i>Referência</i>
04	CAPS III	F4; F5; F6; F9
04	CASM	F1; F2; F3; F8
02	CRE/CISOP	F7; F10

**Fonte:** Questionário de Pesquisa (Apêndice II)

Ao se analisar a Tabela 2, observa-se que a partir do processo de desinstitucionalização desencadeado no Município com o fechamento do hospital de referência, a população pôde contar com os serviços assistenciais básicos, referendados na UBS, com participação em serviços que promovam a ressocialização de forma gradativa como orienta a Lei 10.216/2001.

Ao se falar em estruturação de rede assistencial, percebe-se com os dados que o Município disponibiliza uma ampla oferta de serviços que propiciam ao indivíduo em sofrimento psíquico o reajuste familiar e social, de forma que nenhum dos envolvidos referenciou como forma de acompanhamento o hospital psiquiátrico.

No plano legal, com a criação do Sistema Único de Saúde, nota-se um avanço nos modelos de organização da saúde do Brasil. Avanços conquistados através dos princípios que regem a lei criada a partir da Constituição em 1988 e garantem o acesso de qualquer pessoa

em qualquer serviço de saúde, bem como a participação através de entidades representativas no processo de formulação das políticas de saúde (YÉPEZ e MORAIS, 2004).

[...] acessibilidade deve ser garantida do ponto de vista: geográfico, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; cultural, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população (UNGLERT, 1990 p. 445).

Em relação ao acesso dos usuários, vale ressaltar que por determinação da Divisão de Saúde Mental e dos técnicos envolvidos nos serviços de saúde mental, fica determinado no Município que a única forma de adentrar na rede assistencial especializada é através da manutenção do vínculo em unidade básica com acompanhamento do serviço de origem. Os encaminhamentos podem ser feitos por profissionais de nível superior desde que haja histórico de transtorno mental, internação psiquiátrica ou uso contínuo de psicotrópicos.

Segundo Munari et al., (2008), os esforços empregados na rede assistencial para a efetivação das políticas de saúde e do SUS apontam para a construção de uma nova concepção de saúde e de direito à cidadania o que impacta diretamente na qualidade de vida das pessoas. Da mesma forma, a formulação das políticas públicas em saúde mental visa à construção de modelos assistenciais com vistas à substituição do modelo tradicional, cujo foco era o ambiente hospitalar, por um modelo de atenção de base comunitária que transforma as relações sociais com o doente mental e coloca a família como protagonista do cuidado.

#### 4.1.3 A prática assistencial da unidade básica de saúde

O objetivo deste foco era levantar a relação estabelecida entre familiares de usuários e a rede assistencial básica no sentido de efetividade da assistência no que tange ao acompanhamento e à formação de vínculo primário, uma vez que se preconiza a participação efetiva da atenção básica no acompanhamento e no tratamento dos indivíduos com transtorno mental pela atenção primária, mesmo que os indivíduos estejam inseridos em serviços ambulatoriais ou psicossociais.

A tabela a seguir mostra a relação que foi entendida como acompanhamento de qualquer profissional da unidade básica e uma segunda questão que visava à percepção do vínculo formado pelo profissional de referência em saúde mental da unidade.

**Tabela 3:** Condição de acompanhamento pela UBS

<i>Famílias acompanhadas</i>	<i>Famílias não acompanhadas</i>
F5;F6;F7;F8;F9	F1; F2; F3; F4; F10

Fonte: Questionário de Pesquisa (Apêndice II)

Em relação ao profissional referência em saúde mental da unidade, observou-se que somente o envolvido F9 relatou conhecer o referido profissional pelo nome. Sua função seria estabelecer vínculo assistencial e de acompanhamento de todos os indivíduos portadores de sofrimento psíquico, cadastrados na unidade, sendo o elo entre usuário, familiar e rede assistencial, a fim de serem garantidas tanto a agilidade no acesso aos serviços como a integração da equipe no tratamento do mesmo.

A situação nos faz pensar como a política de saúde mental está sendo estruturada no campo da atenção básica e sua relação com o campo psicossocial, uma vez que ambos deveriam andar juntos na busca da efetivação de propostas que viabilizassem o tratamento desinstitucionalizado.

O não acompanhamento dos usuários inseridos na rede de saúde mental pelos profissionais da atenção básica, associado ao fato de a maioria dos familiares não conhecerem o profissional responsável pela saúde mental de seu território, faz refletir sobre a efetividade do sistema de referência proposta.

Se a nomeação de profissionais em cada unidade não cumprir sua tarefa de formação de vínculo entre unidade, serviços especializados, profissionais envolvidos nos atendimentos, familiares e usuários, há que se repensar a função da unidade básica dentro da formação de rede assistencial para estruturação de serviços complementares e para o acompanhamento dos usuários em sofrimento psíquico.

Vale ressaltar que, a relação entre usuário e trabalhador da saúde, por vezes, se dá de forma inadequada, principalmente quando ambos não assumem seus papéis e suas responsabilidades em relação aos tratamentos propostos.

Ao se falar de vínculo entre usuário e trabalhadores, deve-se pensar na condição de acolhimento para que o vínculo institucional seja propiciado. Aliás, podemos dizer que a condição de formação de vínculo remonta da reformulação do conceito de saúde para o modelo de processo saúde-doença, trazido pelo movimento de reforma sanitária, onde seria preciso, nesse processo, colocar o indivíduo em contato com a realidade e fazer com que o mesmo assuma sua parcela de responsabilidade em relação ao seu processo de saúde ou de adoecimento.

Neste contexto, Yépez e Morais (2004) observam que ao haver um distanciamento na relação entre profissional de saúde e paciente, será desencadeado um baixo comprometimento do usuário em relação ao seu tratamento, processo esse não compreendido, na maioria das vezes, pelos profissionais envolvidos.

Para as autoras, esse fator é facilmente detectado por relatos de reclamações de usuários em relação à baixa resolutividade dos problemas de saúde, demonstrando a complexidade do processo de adoecimento.

Reconhecer o distanciamento entre as partes proporciona o resgate da relação entre profissional e o usuário do serviço de saúde, uma vez que entre usuário e servidor existem conhecimentos distintos em relação à subjetividade do acompanhamento dos problemas de saúde. Este fato faz crer que a atuação do profissional de saúde deveria ser mais humilde, baseado na escuta e no diálogo para que não haja imposição de situações que possam desestabilizar o processo de saúde do indivíduo (YÉPEZ e MORAIS, 2004).

A necessidade de humanização da relação profissional-paciente, com base no desenvolvimento de uma relação empática e participativa, é uma prioridade. Não basta nos preocuparmos com os procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde, se não mudamos o modo como os trabalhadores da saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho: a vida e o sofrimento dos usuários do serviço (YÉPEZ e MORAIS, 2004, p. 82).

Com o exposto, percebe-se a relevância da manutenção do vínculo entre usuários e servidores para o processo de continuidade de tratamentos e a manutenção da rede assistencial como modo de assegurar os direitos constitucionais dos usuários do sistema. Desta forma, entendemos que manter a humanização e o vínculo nesta relação é de fundamental importância na garantia da melhora do quadro de saúde dos pacientes envolvidos, uma vez que o vínculo estabelecido através da relação profissional-usuário possui caráter e dimensão educativos.

Contudo, espera-se que o profissional de referência da rede assistencial básica aproprie-se dos casos pertinentes à sua área de abrangência e acompanhe a evolução dos mesmos, lembrando sempre à equipe de saúde os objetivos que se espera alcançar em relação ao tratamento desses. Muitas vezes, a rotina profissional dentro da instituição exige atuação em outras atividades, o que se caracteriza como a falta de oportunidade para o acompanhamento dos usuários e impossibilita a realização das atividades inerentes a sua função com eficácia.

Não podemos aqui culpabilizar qualquer das partes envolvidas neste contexto porque, além das dificuldades enfrentadas por ambos no atendimento e manejo dos casos, existe uma

contextualidade em relação à cronicidade dos doentes o que por vezes podem ser geradas frustrações e angústias em relação ao processo de acompanhamento e evolução da doença.

Em muitos casos, o portador de transtorno mental apenas circula nos serviços, não participa efetivamente das atividades promovidas pela unidade de referência e acaba buscando atendimento apenas na falta da medicação ou quando necessita de outra forma de encaminhamento para alguma avaliação de saúde, o que, em geral, faz com que os profissionais envolvidos apontem críticas, mas não tragam iniciativas para envolver o usuário nas atividades propostas.

Enfim, de qualquer forma, a falta de fortalecimento de vínculo entre profissional e usuário remete a situações de fracasso. Caso o usuário não consiga adesão às propostas oferecidas nos serviços complementares, o não acompanhamento por profissionais da atenção básica dará início ao processo de cronicidade onde fica nítida a atribuição do fracasso do tratamento ao próprio paciente.

#### 4.1.4 Atendimento em situações de descontrolo de transtorno mental

Em relação à prática assistencial, realizada pela equipe de atenção básica, na necessidade de atendimento em decorrência de novas crises ou desajustamento em consequência da patologia, a maioria dos participantes afirmou não receber qualquer tipo de ajuda ou atendimento da sua unidade de referência.

Nas tabelas a seguir, é possível observar a distribuição das respostas para visualizar o tipo de assistência recebida por alguns dos participantes.

**Tabela 4** - Assistência recebida

<i>Famílias que recebem atendimento</i>	<i>Famílias que não recebem atendimento</i>
F7; F8; F9	F1; F2; F3; F4; F5; F6; F10

Fonte: Questionário de Pesquisa (Apêndice II)

**Tabela 5** - Assistência recebida no momento de crise

<i>Referência</i>	<i>Tipo de auxílio recebido</i>
F7	“A ambulância do SAMU vem até em casa e leva ele para o PAC I”
F8	“Eles atendem em casa”
F9	Afirmou que há atendimento, porém não especificou de que forma.

Fonte: Questionário de Pesquisa (Apêndice II)

A obtenção dessas respostas nos leva a acreditar que, da forma como já foi elucidado neste trabalho, ao se estruturar a rede assistencial do Município, existem formas de atendimento que garantam a assistência aos usuários no momento em que eles não se encontrem em pleno estado de lucidez.

A orientação que geralmente se fornece é a de que os pacientes que não estão inseridos no CAPS III, ao necessitarem de intervenções por apresentarem desajuste do quadro psiquiátrico, acionem o SAMU 192 para procederem-se o manejo e o eventual transporte para o serviço de atendimento continuado PAC mais próximo do local da ocorrência. O acionamento poderá ser feito por familiar, cidadão ou profissional da saúde que presencie a crise.

Os pacientes que possuem condição de transporte e não oferecem risco físico aos seus familiares poderão ser levados diretamente ao PAC I ou PAC II para que avaliação seja providenciada, assim como os pacientes inseridos no CAPS III poderão ser acolhidos neste serviço em momento de crise onde ficarão em observação por um período não superior a 7 dias, devendo posteriormente ser encaminhados para internação psiquiátrica caso não se obtenha a reversão da crise.

O fato da maioria dos usuários relatarem o não atendimento por parte da UBS pode ser explicado ao entendermos o processo de acolhimento instituído nos planos de capacitação e de humanização do SUS.

Segundo Zappellini e Oliveira (2008), no campo da saúde coletiva, o acolhimento tem impacto na responsabilização clínica e na humanização do atendimento com a finalidade de que sejam promovidas intervenções resolutivas através do fortalecimento do vínculo entre o serviço e a população, que se institui pelo processo da escuta qualificada do problema de saúde da população referida. Assim, o acolhimento deve abranger inclusive o processo de relação entre os trabalhadores e a sua relação com os usuários.

As autoras observam que, na rede básica, existem várias dificuldades das equipes para efetivar o sentido de acolhimento e tornar a assistência e os mecanismos de trabalho mais coesos, o que, de certa forma, prejudica a recepção das pessoas e afeta diretamente os princípios da integralidade e de acesso universal ao sistema de saúde.

A equipe de saúde não deve centrar suas atividades apenas em procedimentos técnicos e sim buscar refletir e atuar considerando a importância do envolvimento com o usuário e em ter uma relação mais próxima com as pessoas que buscam e/ou precisam de ajuda (CAMELO et al, 2000, p. 31).

Para Camelo et al., (2000), tanto o usuário quanto seus familiares esperam que a relação estabelecida entre eles e o profissional de saúde seja capaz, através do acolhimento, de atuar sobre o seu sofrimento ou sobre o seu problema. À medida que o profissional não corresponde a essa expectativa com resolutividade, um conjunto de ações assistenciais deixa de ser efetivado e pode impactar diretamente sobre o sofrimento acometido no usuário.

Ainda, segundo Takemoto e Silva (2007), pode-se dizer que na referência em unidades básicas, os objetivos da efetivação do sentido de acolhimento seriam para a ampliação do acesso dos usuários nos diversos serviços ofertados pela rede assistencial e, principalmente, humanizar o processo de assistência através da reorganização do processo de trabalho. Assim, pela modificação do processo de trabalho, o acolhimento, em seu sentido mais amplo, além de pontuar problemas, oferece soluções e respostas às demandas trazidas pelos usuários de forma espontânea.

Por conseguinte, deve-se fazer uma releitura da política de saúde mental implementada bem como os princípios que regem a constituição federal no sentido de ampliar o acesso a esses usuários a fim de garantir efetivamente o acompanhamento do tratamento em todos os serviços prestados, para que, futuramente, a atenção básica possa atender às demandas de toda a gama populacional assistida em seu território.

#### 4.1.5 Atividades desenvolvidas pela atenção primária em relação ao usuário com transtorno mental

Com relação às ações desenvolvidas pela unidade básica de saúde de referência dos indivíduos envolvidos, foi levantada a seguinte situação:

**Tabela 6** - Ações desenvolvidas pela UBS para o acompanhamento

<b><i>Referência</i></b>	<b><i>Ações desenvolvidas pela UBS</i></b>
F1; F3; F4; F5; F8 e F9	Visita domiciliária com intervalos máximos de 60 dias
F8 e F9	Acompanhamento e orientações sobre o uso adequado das medicações
F7	Controle das consultas de rotina
F6 e F10	Nenhuma
F2	Não respondeu

**Fonte:** Questionário de Pesquisa (Apêndice II)

A construção desse item do questionário foi embasada em portarias federais, implantadas para a orientação das práticas assistenciais exercidas pela atenção básica, serviços ambulatoriais e unidades mistas, e no levantamento de necessidades observadas no cotidiano, pensando sobre as ações que deveriam ser desenvolvidas para melhorar a condição de vínculo entre os serviços.

Com base na Portaria 224/1992 (Brasil, 2004, p. 243-252), as ações desenvolvidas na rede assistencial básica para os portadores de transtorno mental, inseridos ou não em rede assistencial de saúde mental através de ambulatórios ou serviços alternativos, devem contemplar os seguintes itens:

Atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros); atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde); visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior; atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde (BRASIL, 2004, p. 244).

Para Coimbra et al., (2005), a chegada de usuários em sofrimento psíquico nas unidades básicas de saúde, com as mais variadas queixas, faz crescer a necessidade de inserir questões de saúde mental na dinâmica da atenção básica. Desta forma, é de responsabilidade da equipe da atenção básica atuar no ambiente familiar e social a fim de minimizar o sofrimento dos membros envolvidos, auxiliando os usuários e familiares com a oferta de ações como visitas domiciliares e atendimento individual e familiar.

Segundo Büchele et al., (2006), a partir da visão integral das várias dimensões do cotidiano dos indivíduos, a atenção integral em saúde mental deve propor, em diferentes âmbitos de intervenção (educativo, assistencial e de reabilitação), dispositivos sanitários e socioculturais a fim de reestruturar a atenção psiquiátrica no contexto dos sistemas locais de saúde da atenção básica.

Assim, a saúde mental, como integrante da saúde pública, é incluída no plano de um sistema descentralizado, regionalizado e hierarquizado. É um tipo de ação especial que deve ser exercida no município, desenvolvendo uma proposta integrada aos serviços de saúde, com caráter interdisciplinar, científico, social, cultural e humanizado (BÜCHELE et al, 2006, p. 227).

Ao analisarmos os dados levantados, podemos observar que a maioria dos usuários recebe como prática de acompanhamento à visita domiciliar. Essa prática constitui um instrumento facilitador na abordagem tanto do usuário quanto da família.

Através do recurso da visita domiciliar, os profissionais inseridos na atenção básica podem compreender a dinâmica familiar com o intuito de levantar possibilidades de

envolvimento no tratamento, buscando alternativas para reinserção desses indivíduos no seio familiar e social, mantendo ações específicas que irão de encontro aos pressupostos da reforma psiquiátrica.

Para Reinaldo e Rocha (2002), a visita domiciliar é um importante instrumento utilizado na facilitação da abordagem com os usuários e seus familiares. Esta prática busca, através do acompanhamento do indivíduo em loco, entender as relações do usuário com seu meio para propor estratégias de continuidade do tratamento bem como envolver a família e o usuário na responsabilidade da manutenção do tratamento proposto. Os autores acreditam que a realização da visita domiciliar é um instrumento importante que pode efetivamente evitar o processo de hospitalização.

Quando a estratégia de visita domiciliar fracassa, seja por razão profissional devido à falta de preparo para o desenvolvimento do manejo da situação, seja pela dificuldade de vida colocada pela reinserção social e familiar, o indivíduo tem grandes possibilidades de voltar para o asilamento. Isto, por vezes, irá implicar diretamente na condição de agudização e cronicidade do quadro psiquiátrico (REINALDO e ROCHA, 2002).

Uma vez que a unidade básica possui profissionais capacitados para o enfrentamento e manejo das condições vivenciadas no domicílio que propiciem, dentre outras atividades, a educação em saúde tanto para familiares como para os agentes sociais envolvidos, é possível que a equipe, de forma geral, consiga acompanhar o usuário em vários momentos. Desta forma, quando fragmentamos o processo de cuidar e deixamos de efetivar ações de enfrentamento e de busca da realidade, permitimos que nossa assistência fracasse e possibilite o retorno do indivíduo ao modelo substituído, denotando assim a ineficiência do plano terapêutico oferecido.

Assim, caracteriza-se de suma importância a atuação da equipe de saúde em relação à atenção básica no acompanhamento de seus indivíduos para que a identificação precoce de alterações comportamentais e outros sinais crônicos de agudização possam ser reconhecidos e modificados. Além da identificação das possíveis alterações, cabe à equipe promover a discussão sobre a reinserção dos usuários com a família e a sociedade, com o intuito de diminuir o estigma existente, bem como manter o acompanhamento, inclusive medicamentoso de todos os usuários portadores de sofrimento psíquico inseridos na rede assistencial (COIMBRA et al, 2005).

#### 4.1.6 Dificuldades relativas ao atendimento prestado pela UBS

Em relação às demandas assistenciais, no apontamento das dificuldades encontradas quando da necessidade de acompanhamento pela unidade básica de saúde, no que se refere ao transtorno mental dos indivíduos, percebe-se que a maioria dos participantes aponta para a dificuldade no atendimento médico prestado, haja vista afirmarem não conseguir agendamento de consultas e não possuírem preferência na assistência mesmo como portadores de necessidades especiais.

Referem-se também que existe demora no atendimento, falta de informação pelos profissionais da unidade, além do descaso em relação ao paciente. Outro fator apontado é a dificuldade na assistência em relação à reintegração social e ao recebimento de auxílio financeiro para efetivação do tratamento.

A Tabela 7 mostra os resultados com os dados obtidos pelo questionário:

**Tabela 7** - Dificuldades encontradas pelos usuários frente à assistência

<i>Referência</i>	<i>Dificuldades referidas</i>
F1	<i>“Agendamento consulta, acompanhamento”</i>
F2	<i>“Agendamento de consulta”</i>
F3	<i>“Não tem ficha para médico, demora no atendimento”</i>
F4	<i>“Agendamento das consultas e falta de informação”</i>
F5	<i>“Transporte”</i>
F6	<i>“Nenhuma preferência no atendimento quando é necessário”</i>
F7	<i>“Tem dificuldade para marcar consulta, mais pela demora”</i>
F8	<i>“Agendamento de consulta”</i>
F9	<i>“Conseguir consultas e ninguém atende direito só porque tem problemas. O paciente é ignorado e não é atendido adequadamente; as consultas são demoradas... fora que foi mandado embora do emprego e não recebemos nem um auxílio para o tratamento correto”</i>
F10	<i>“Não tem atendimento no posto”.</i>

**Fonte:** Questionário de Pesquisa (Apêndice II)

Ao serem analisadas as respostas, fica clara a preocupação do usuário com a efetivação de consultas clínicas. Isso evidencia que a unidade básica ainda possui papel centralizado na atribuição do médico como ator principal das ações de saúde coletiva. Esse dado vai de encontro aos conceitos formulados pela implantação do SUS e das diretrizes da reforma psiquiátrica que asseguram a assistência do usuário de forma descentralizada, prestada por equipe multidisciplinar.

[...] a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) teve estes princípios norteadores: saúde como direito de todos e dever do Estado; universalidade e equidade do acesso; superação da dicotomia entre prevenção e cura; integralidade na assistência ao indivíduo; descentralização com gestor único em cada esfera de governo; participação complementar do sistema privado, com preferência para os filantrópicos e os sem fins lucrativos; ênfase nas áreas de saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica e sanitária, alimentação e nutrição e portadores de deficiência; participação comunitária efetiva; financiamento tripartite entre União, Estados e Municípios (CAMELO et al, 2000, p. 30).

Outro dado marcante diz respeito ao acolhimento oferecido pelas unidades, uma vez que esse se caracteriza pela avaliação das necessidades individuais e coletivas bem como busca estratégias para prestar atendimento baseado nos relatos dos indivíduos assistidos.

Ainda com base nos dados apontados, cabe ressaltar que, com a implantação do SUS e seus princípios focados na descentralização do médico, pelas práticas interdisciplinares de promoção à saúde, é notória a sobreposição dos saberes desse profissional nas relações entre a equipe e os usuários dos serviços, o que fica claramente evidenciado quando se aponta a dificuldade no agendamento de consultas.

No município de Cascavel, observa-se que o atendimento à população se dá na forma de agendamento com número máximo de 16 pacientes para cada turno de três horas de atividade médica, não sendo realizada qualquer forma de avaliação de necessidades para a priorização dos atendimentos.

Em geral, o agendamento acontece no primeiro horário do dia e o usuário submete-se a filas e esperas incansáveis para resolução de seus problemas. Das dezesseis consultas oferecidas em cada unidade, pelo menos duas delas destinam-se ao atendimento de urgências, sendo que a avaliação dessas geralmente é efetivada por profissionais do próprio agendamento com base nas queixas dos usuários.

É bastante comum a figura do profissional médico, no atendimento da psiquiatria na unidade básica, estar associada à transcrição de receituários fornecidos a pacientes egressos de internações que ainda não foram inseridos na rede assistencial.

Em cada estabelecimento se reproduzem, na forma de uma certa síntese, os mecanismos mais gerais de funcionamento social que, na contemporaneidade, são pautados pela cultura de mercado que tenta homogeneizar os indivíduos. Nos serviços de saúde, isso ocorre através da produção em série dos procedimentos de consultas, priorizando a técnica e a velocidade em detrimento da valorização das relações humanas (ZAPPELINI e OLIVEIRA, 2008, p. 69).

Zappelini e Oliveira (2008) consideram que, ao sair do foco das relações humanas, corre-se o risco de perpetuarem-se procedimentos burocráticos e estereotipados, ou seja, quando a oferta de assistência se efetiva pela lógica da centralização da figura do profissional médico como detentor do conhecimento, essa se torna fracionada e ocorrem a perda da noção

de processo produtivo e a fragmentação dos saberes e isso, efetivamente, acarretará na produção ineficaz da saúde.

Com a fragmentação da assistência, fica evidenciada a dinâmica de acessibilidade a que os usuários estão submetidos. Assim, o conceito de acolhimento efetiva-se na melhor estratégia para garantir a reorganização dos serviços com vistas à garantia do acesso universal, integralidade e equidade no sistema de atendimento (ZAPPELINI e OLIVEIRA, 2008).

Aqui se faz necessária a discussão em relação à atribuição da equipe de saúde na orientação sobre os possíveis benefícios, garantidos através das diretrizes da seguridade social, a fim de garantir a subsistência dos indivíduos em sofrimento psíquico até o momento de sua reinserção no ambiente familiar e no mercado de trabalho. Além dos benefícios garantidos pela seguridade social, esses indivíduos podem contar também com benefícios oferecidos aos egressos de internações psiquiátricas que garantem a responsabilidade da família no contexto do cuidado.

Além dessas informações, são atribuições da equipe: incentivar e propiciar a reintegração do indivíduo no mercado de trabalho seja por ações desenvolvidas pela própria unidade ou ainda através de encaminhamentos para a rede assistencial em saúde mental para a inserção em serviços de cunho psicossocial.

## 4.2 Foco de Análise II (Profissional de Referência)

### 4.2.1 Perfil dos profissionais de referência em saúde mental das UBS do município de Cascavel – PR

Para caracterização da amostra, os itens 1, 2 e 4 do questionário destinaram-se ao levantamento do perfil dos trabalhadores das unidades básicas de saúde, denominados pela secretaria de saúde como referência em saúde mental.

Em relação ao gênero e à formação, levantou-se que todos os participantes do referido estudo são do sexo feminino e a maioria possui formação de nível superior em diferentes áreas.

Dentre as unidades pesquisadas, 02 (duas) não possuíam profissional de referência e nenhum outro membro da equipe se dispôs a participar do trabalho, referindo não possuir compreensão sobre o assunto abordado (R9 e R10).

As Tabela 8 e 9 mostram em detalhes a configuração das respostas obtidas expondo a classificação de gênero e de formação dos profissionais envolvidos, enquanto a Tabela 10 apresenta a condição de nomeação para assumir a responsabilidade da função de referência da unidade, onde podemos perceber que a maioria dos envolvidos aceitou a função por imposição do serviço de saúde e não de forma voluntária.

**Tabela 8** - Gênero do profissional de saúde

<i>Total</i>	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>
10	08	00

Fonte: Questionário de Pesquisa (Apêndice I)

**Tabela 9** - Formação profissional

<i>Referência</i>	<i>Formação Profissional</i>
R1	Enfermeira
R2; R3; R6; R8	Assistente Social
R4	Graduação e Especialização em Serviço Social
R5	Agente Comunitário de Saúde
R7	Assistente Social, Pedagoga e Psicopedagoga
R9 e R10	Não possui profissional de referência

Fonte: Questionário de Pesquisa (Apêndice I)

**Tabela 10** - Como se deu/ocorreu o processo de nomeação como referência

<i>Adesão Voluntária</i>	<i>Adesão por Imposição</i>	<i>Não Responderam</i>
R1, R4, R8	R2, R3, R5, R6, R7	R9 e R10

Fonte: Questionário de Pesquisa (Apêndice I)

Para Silva e Fonseca (2005), a orientação do modelo assistencial em saúde mental com foco na atenção primária do País deve-se à responsabilização da Esfera Federal, oriunda de leis, portarias e regulamentações e, sobretudo, da organização dos serviços assistenciais, fundada na inserção de agentes de saúde com formação de níveis superior e médio nos serviços que contemplam a saúde mental.

Com relação à categorização profissional para definição enquanto referência para o atendimento dos portadores de transtorno psíquico na atenção básica, o Município está enquadrado na Portaria 224/1992 que determina as diretrizes para o atendimento dos usuários neste nível de atenção, onde se encontra o seguinte parecer em relação às atividades de atendimento individual, grupal, visitas domiciliares e atividades comunitárias:

Das atividades acima mencionadas, as seguintes poderão ser executadas por profissionais de nível médio: atendimento em grupo (orientação, sala de espera); visita domiciliar; atividades comunitárias. A equipe técnica de saúde mental para atuação nas unidades básicas/centros de

saúde deverá ser definida segundo critérios do órgão gestor local, podendo contar com equipe composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde) (BRASIL, 2004, p 244).

Isto nos remete à condição da formação de equipes de saúde em que, por prerrogativa da construção do Sistema Único de Saúde, se determina a formação de equipes multiprofissionais, onde cada membro possui responsabilidades específicas na prestação da assistência que não cabe elucidação neste trabalho.

A condição de nomeação dos profissionais como referência em saúde mental no município faz refletir sobre a condição de liberdade de escolha para trabalhar em áreas que nos tragam satisfação e segurança para o desenvolvimento de ações, principalmente quando essas refletem diretamente sobre a vida de indivíduos que esperam do profissional resolutividade e competência na solução de problemas.

Para Silva e Fonseca (2006), o nível de satisfação dos trabalhadores inseridos na organização do serviço, dentro do modelo institucional de saúde mental fortalecido na atenção básica, influencia diretamente na capacidade do serviço em produzir saúde, bem como na previsibilidade e resolutividade das ações, impactando assim diretamente sobre a capacidade de absorção da demanda espontânea no serviço.

A imposição para assumir a função é um fator imensamente preocupante uma vez que, quando há insatisfação no desempenho de funções inerentes ao cargo ocupado, há uma tendência natural na omissão da assistência, quando o profissional passa a desempenhar exclusivamente aquilo que lhe é imposto.

Pensar o perfil de um trabalhador de saúde mental que assume os princípios da reforma psiquiátrica é falar de um indivíduo capaz de ir além do que é dado imediato, em outras palavras, ir além do mero sintoma; um trabalhador/trabalhadora que seja capaz de negar a possibilidade de uma relação autoritária para com o sujeito que sofre e de assumir o compromisso de que suas ações sejam uma recíproca na construção de autonomia e subjetividade. A negação do autoritarismo requer muito mais que uma simples mudança de postura individual, fazendo-se mister um compromisso contínuo com a capacidade de confrontar o cotidiano excludente das relações em sociedade (RABELO e TORRES, 2006, p. 220).

Neste sentido, podemos utilizar a teoria trazida por Silva e Fonseca (2005, p.447), que afirma que a equipe de saúde no campo psicossocial, incluindo os profissionais de nível médio, deve desenvolver duas habilidades, a saber: “atender à população, sustentando o vínculo do cuidado em si e sustentar o vínculo que a clientela estabelece com o serviço, produzindo coletivamente a ação de saúde no âmbito da coexistência social [...]”.

Ao analisarmos tal conceito, torna-se mais clara a necessidade de, ao se delegar atribuições dentro do campo psicossocial, atentar para o perfil operacional do trabalhador, para que as ações de saúde, produzidas por ele, possam refletir melhora significativa na qualidade de vida dos cidadãos assistidos e de seus familiares.

#### 4.2.2 Capacitação em saúde mental

Os itens 3 e 5 do questionário foram estruturados com intuito de levantar a condição de capacitação e educação permanente em serviço que os profissionais nomeados foram submetidos para assumir a função.

A Tabela 11 mostra o tempo de atuação de cada profissional enquanto a Tabela 12 aponta a condição de capacitação em serviço, lembrando que R9 e R10 não responderam ao questionário.

**Tabela 11** - Tempo de atuação como referência

<i>Tempo de Atuação como Referência</i>	<i>Referência</i>
Menos de 01 ano	R1, R2, R3, R4, R6, R8
De 01 a 04 anos	R5
Mais de 04 anos	R7

Fonte: Questionário de Pesquisa (Apêndice I)

**Tabela 12** - Capacitação para o desempenho da função

<i>Receberam Capacitação</i>	<i>Não Foram Capacitados</i>
R1, R2, R3, R4, R5, R7, R8	R6

Fonte: Questionário de Pesquisa (Apêndice I)

Existe uma preocupação em relação à formação ou à capacitação de recursos humanos na área da saúde mental relacionada à condição de serviços prestados por profissionais para trabalhar com uma clientela que ainda está longe de ser integrada ao sistema, sem sofrer qualquer forma de preconceito ou discriminação.

O Município de Cascavel ainda tem muito a avançar no quesito formação de recursos humanos, visto que o entendimento de capacitação ainda está centrado na realização de reuniões com grupos de trabalhadores isolados para discussão de dificuldades ou de casos atendidos.

Até o momento, como citado por Dias (2008), a única forma de capacitação, no sentido literal do termo, foi fornecida pela Secretaria de Saúde em parceria com Universidade Estadual do Oeste do Paraná e contemplou apenas profissionais de nível médio.

Há que se levar em consideração que a maioria dos profissionais envolvidos possui nível superior e esse fato nos faz acreditar que eles possuem uma base estrutural em saúde mental na matriz curricular na sua área de formação, mesmo porque a inclusão de disciplinas que contemplem o tema saúde mental, nos cursos de graduação da área da saúde, foi proposta no relatório final da terceira CNSM.

Em relação à formação dos profissionais da área da saúde, Munari et al (2008, p. 789) afirmam que:

a formação dos profissionais de saúde é resultado de uma construção histórica e social e para transformá-la necessitaremos de dispositivos capazes de provocar a quebra de certezas construídas ao longo do processo histórico, refletir sobre essas certezas perante a demanda atual para reconstruí-las, arriscando novas formas de fazer saúde.

Os dados apontam para uma realidade distorcida do ponto de vista conceitual. A maioria dos envolvidos afirmou ter sido capacitado para o exercício da função, embora desde a fundação do CASM, em 2003, quando os primeiros profissionais foram nomeados como referência, a única ação implementada pela secretaria de saúde através da Divisão de Saúde Mental foram encontros mensais para a discussão de casos de usuários e informações sobre a rede de serviço, com liberação de marcação de cartão-ponto para esses servidores e declaração de comparecimento aos participantes, encontros que não acontecem desde dezembro de 2008.

Vale ressaltar que os encontros realizados pela Divisão de Saúde Mental eram estendidos apenas aos profissionais tidos como referência. Em uma tentativa, buscou-se a participação de profissionais médicos da rede básica, porém sem adesão. Aos demais profissionais da rede, esperava-se que o profissional de referência fizesse a ponte e interlocução de saberes, repassando os conteúdos abordados.

No que se refere à capacitação em serviços de saúde, para atendimento no campo da saúde mental, é importante observar que o Município tem a responsabilidade de aproximar os profissionais das práticas assistenciais em saúde mental com elaboração de capacitações ou através do incentivo para especializações ou cursos de formação na área.

Para Munari et al., (2008), a capacitação em saúde mental dos profissionais da atenção básica visam à modificação das condutas terapêuticas, objetivando-se, pela detecção precoce de sintomas de alterações ou modificação de condutas e na abordagem dos determinantes dos transtornos mentais, a interrupção do processo de adoecimento.

Municípios que possuem rede assistencial estruturada com o mecanismo do CAPS deveriam investir na responsabilização compartilhada, tendo o CAPS o papel de apoio

matricial onde deveria, juntamente com outros membros da Secretaria de Saúde, apoiar a atenção básica e fornece supervisão, atendimento conjunto e capacitação para os profissionais da rede básica (BRASIL, 2005).

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos que podem se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (BRASIL, 2003, p. 4).

Os dados do Relatório de Gestão de 2003-2006 apontam que o Ministério da Saúde desenvolve, desde o ano de 2002, o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica. Esse programa visa ao incentivo e financiamento para a formação de “núcleos de formação em saúde mental para a rede pública, através de convênios estabelecidos com a participação de instituições formadoras (especialmente Universidades Federais), Municípios e Estados” (Brasil, 2007, p. 44).

No relatório final da terceira CNSM, no item 3.3, que diz respeito à capacitação em saúde mental para a rede básica de saúde, incluem-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), logo, fica evidente a relevância da capacitação dos servidores envolvidos no cuidado aos usuários bem como as atribuições do governo para efetivação das capacitações.

Normatizar e realizar programas de capacitação em saúde mental para todas as equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), em parceria das universidades com os órgãos do SUS, de forma a garantir o desenvolvimento de uma prática de saúde com integralidade e a incorporação destas equipes à rede de saúde mental. Esta capacitação deverá contemplar tanto aspectos técnicos (relativos à promoção da saúde, assistência e reabilitação social), e relativos à humanização das práticas, quanto àqueles relacionados à mudança de concepção da comunidade acerca do sofrimento psíquico (BRASIL, 2002, p. 76-77).

No município de Cascavel, no entanto, essas ações não foram efetivas, havendo apenas algumas iniciativas isoladas no Pólo Regional de Educação Permanente em Saúde (PREPS) para a abertura de cursos de especialização em saúde mental, ainda sem data definida para início e já com vagas delimitadas para os municípios que contemplam a 10ª Regional de Saúde. Assim, sobram apenas cinco vagas para o município de Cascavel. Já no sentido de capacitação para profissionais de nível médio, o PREPS abriu, no mês de julho/2009, dez vagas para a capacitação em saúde mental para auxiliares e técnicos de

enfermagem ou outros profissionais interessados com a condição de estarem lotados em serviços de atenção à saúde mental e não para profissionais da rede assistencial básica.

Fica claro que, mesmo que o CAPS não venha a desempenhar o papel de apoio, os municípios são responsáveis pelo incentivo e iniciativas para fornecer capacitação aos seus profissionais visando ao aprimoramento do cuidado, bem como à redução do estigma e do preconceito instalado referente ao campo. Para Almeida (2002), a formação e a capacitação de profissionais para o campo psicossocial devem partir de iniciativa pessoal, não apenas em nível governamental com o intuito de incorporar em seu conhecimento o compromisso ético do saber perante a sociedade atendida. Isso reforça a idéia.

Desta forma, conclui-se com a análise dos itens que o entendimento dos profissionais em relação à capacitação é equivocado, visto que o Município não propôs ainda para os servidores um cronograma de atividades, com datas e assuntos pré-estabelecidos para dar início ao pensamento crítico relevante às práticas assistenciais em saúde mental. Porém, até o momento, foram realizados apenas fóruns de discussão, onde, esporadicamente, introduziam-se assuntos relevantes ao tema, solicitados pelos participantes.

#### 4.2.3 Ações desenvolvidas pela unidade básica para acompanhamento dos usuários com transtorno mental e dificuldades enfrentadas para a realização do acompanhamento

Este foco de análise destina-se à avaliação das atividades desenvolvidas pelo profissional de referência em saúde mental para a assistência dos usuários inseridos na rede assistencial de saúde mental de cada unidade básica envolvida na pesquisa.

No tema proposto, buscou-se o levantamento efetivo das ações desenvolvidas pela unidade básica para garantir o acompanhamento de indivíduos em sofrimento psíquico, já inseridos em algum serviço da rede assistencial de saúde mental, seja ambulatorial ou de base psicossocial, bem como as dificuldades encontradas pelos profissionais para a efetivação deste acompanhamento.

Desta forma, a Tabela 13 demonstra as atividades realizadas na atenção básica para o acompanhamento dos portadores com transtorno mental, enquanto na Tabela 14 estão as dificuldades enfrentadas no cotidiano para a realização deste acompanhamento.

**Tabela 13** - Ações desenvolvidas pelos profissionais de referência

<b>Referência</b>	<b>Ações desenvolvidas</b>
R1	“Visita domiciliar pela ACS; Acompanhamento através da contra-referência do comparecimento às consultas nos centros de referência; Busca ativa”.
R2	“Visita domiciliar; Acompanhamento social; Cadastramento do portador; Visita à família; Encaminhamento ao CAPS”.
R3	“Levantamento dos usuários que constam em prontuário para acompanhá-los; Visita domiciliares; busca ativa”.
R4	“Acompanhamento através de visita ao mesmo e aos familiares; Encaminhamento à psiquiatria quando do retorno da internação; Internação em unidade hospitalar quando necessário; Encaminhamento para a continuação do tratamento no pós-internamento hospitalar”.
R5	“Busca ativa; Visita domiciliar; Acompanhamento da equipe multidisciplinar e dos estagiários; Supervisionar o tratamento ou uso do medicamento, se necessário”.
R6	“Visitas domiciliares; Encaminhamentos à rede de Saúde Mental; Programas de referência; Contatos constantes com os referidos programas para acompanhamento da evolução do quadro clínico do paciente; Iniciou-se no mês passado (junho) o grupo de Atenção ao familiar da pessoa com sofrimento psíquico; Orientação familiar; Acompanhamento supervisionado do uso da medicação”.
R7	“Visitas domiciliares para orientar familiares e mesmo portador de transtorno mental; Providenciar internamento em casos de surto; Encaminhamento ao PAC I”.
R8	“Consulta com clínico geral; Agendamento consulta psiquiátrica, Visita Domiciliar”.
R9 e R10	não responderam.

Fonte: Questionário de Pesquisa (Apêndice I)

**Tabela 14** - Dificuldades encontradas para o desempenho da função

<b>Referência</b>	<b>Dificuldades Encontradas</b>
R1	“A maior dificuldade é a falta do profissional psicólogo/psiquiatra na rede”.
R2	“Poucas fichas ao psiquiatra; Resistência da família ao tratamento; Grande quantidade de problemas a resolver na UBS”.
R3	“Não ter conhecimento do que, de fato, é saúde mental; Os familiares têm dificuldades em aceitar e compreender esta doença”.
R4	“A aceitação da família da problemática da doença mental; A administração do medicamento que precisa ser contínua; O retorno ao uso do entorpecente quando a doença tem causa devido ao uso do mesmo; O déficit

	<i>de profissionais (psiquiatras e psicólogos) no SUS; A não existência de um centro só para o atendimento da doença mental onde poderia haver uma equipe multidisciplinar para atendimento dos mesmos”.</i>
R5	<i>“Não aceitar o tratamento; Preconceito; Não envolvimento familiar; A falta de cota ou médico para atender à demanda psiquiátrica”.</i>
R6	<i>“Pouca formação específica na área; Número reduzido de consultas para psiquiatria na Unidade; Falta de veículo para facilitar as visitas domiciliares otimizando assim o tempo e oportunizando uma maior cobertura no atendimento, tendo em vista a abrangência da área e o número elevado de pacientes; Dificuldade em conseguir adesão do paciente ao tratamento; Falta de apoio dos familiares, uma vez que se entende que o paciente é responsabilidade da unidade ou do médico que o acompanha; Falta de estrutura para ampliar o número de atendimentos desses pacientes e seus familiares, uma vez que sou a única referência na unidade ao atendimento e que não sou liberada para desenvolver somente esta atividade, trazendo sobrecarga de funções; Insistência familiar na necessidade da internação como válvula de escape para a pressão cotidiana. No caso de nossa unidade quase que maioria dos pacientes apresentam extrema vulnerabilidade e risco sócio econômico, dificultando ainda mais a obtenção de resultados significativos tanto na abordagem quanto no tratamento”.</i>
R7	<i>“A falta da integração da equipe da UBS; Não há interesse pelos demais, ou seja, a equipe ainda não esta preparada”.</i>
R8, R9 e R10	<i>Não responderam</i>

**Fonte:** Questionário de Pesquisa (Apêndice I)

A análise tem início deste eixo a partir da alusão ao conceito de rede assistencial, já evidenciado neste trabalho, no sentido de retomar a importância de manter o vínculo entre os setores e os serviços de saúde da rede de programas ou rede assistencial, com base em recursos socioculturais da própria comunidade assistida e da retidão de caráter dos profissionais para a garantia de uma assistência de qualidade em saúde mental.

O sentido de rede assistencial não se constrói apenas sobre a égide de estrutura organizacional. A rede deve estar integrada de forma a garantirem-se os preceitos constitucionais que asseguram a integralidade e a integridade dos usuários dos serviços de saúde, na busca pelo enfrentamento quanto às mazelas trazidas, muitas vezes, pelas condições sociais às quais os indivíduos estão expostos.

Vamos ressaltar que a estruturação da rede no município estudado faz referência à unidade básica e às unidades de saúde da família como porta de entrada de todos os serviços complementares que prestam assistência em saúde mental. Assim, cabe aos profissionais, de referência ou não, atender aos indivíduos, respeitando suas especificidades e individualidades, para que o levantamento da situação causadora do desajuste social seja efetivado da forma mais íntegra e ágil possível, com o intuito de minimizar o sofrimento do doente e de seus familiares.

A tarefa da prestação da assistência em saúde mental, campo que foi construído muito recentemente em relação à prática de cuidado desinstitucionalizado, é complexa e árdua no sentido de que, por tratar-se de um campo de conhecimento novo, ainda é assombrado pelo estigma e preconceito. O preconceito não se refere apenas ao estigma social que o doente mental carrega, refere-se também ao estigma profissional que sofrem aqueles que optam por este caminho por parte de outros profissionais não vinculados a esta nova área de saber científico.

Ao serem analisados os quadros de respostas, percebe-se um distanciamento entre a realidade da prática assistencial e a realidade apontada pelos usuários abordados neste estudo. Além do distanciamento da realidade, é notória a falta de conhecimento, por parte de alguns participantes, sobre a formação de rede no sentido de realizarem-se encaminhamentos sobre a função da atenção básica para prestação de acompanhamento e sobre a função, enquanto ator social, na busca pela superação de obstáculos impostos pelas condições de trabalho.

Portanto, quando são observadas as respostas da Tabela 6, nota-se que há um entendimento comum em relação ao papel desempenhado pelos ditos profissionais de referência, ou seja, há um consenso sobre a responsabilidade direta do profissional em relação aos usuários assistidos.

Ao serem expostos como atividades desenvolvidas: visitas domiciliares tanto pelo profissional de referência quanto pelo agente comunitário de saúde; levantamento de prontuários de usuários para iniciar acompanhamento; supervisão do tratamento ou do uso de medicamentos; acompanhamento através da contra-referência; busca ativa dos casos; contato constante com o serviço de saúde mental para acompanhar a evolução do quadro e a criação de grupos de apoios para familiares de portadores de transtorno mental, os profissionais afirmam que há um interesse para que se estreitem os vínculos entre serviço, usuário e familiares.

As atividades apresentadas conotam atribuições da equipe básica contempladas na Portaria 224/1992 e com as propostas efetivas no relatório da terceira CNSM, além de

demonstrarem a responsabilidade e o empenho para com os usuários, mesmo quando a atribuição das funções é imposta ou aceita por conveniência.

Em relação aos apontamentos sobre encaminhamentos para unidades de referência da rede de saúde mental quando de um caso novo e quando do retorno de internações psiquiátricas, agendamento para consultas clínicas e psiquiátricas, cadastramento dos portadores de transtorno e encaminhamento ao CAPS e ao PAC I, demonstra-se haver um entendimento sobre a função da UBS como porta de entrada do sistema de saúde.

Para Almeida (2002, p.65), refletir sobre os procedimentos referentes à porta de entrada dos serviços inclui a discussão sobre a incapacidade do atendimento da demanda e a dificuldade na realização de triagem ou acolhimento. Incorpora-se ainda uma reflexão sobre a 'porta de saída', que remete a uma preocupação com a busca de alternativas que facilitem o estreitamento dos laços entre os serviços da rede e os usuários.

Ainda com relação à porta de entrada, vale lembrar que, no relatório final da terceira CNSM, foram levantadas quatro propostas, a saber (BRASIL, 2002, p. 47):

Incluir atenção psiquiátrica na regulação de urgência/ emergência, com mecanismos claros de referência e contra/referência que garantam o acesso, a regionalização, informação imediata de internações e altas para os serviços referenciados e exigir o cumprimento da resolução CIS n.º 35, no que tange à porta de entrada para o sistema de internações.

Garantir, de acordo com a realidade local, que os Serviços de Base Territorial possam funcionar como porta de entrada ao SUS.

Estabelecer como porta de entrada da rede de saúde mental as Unidades Básicas de Saúde, preferencialmente por meio da estratégia de Saúde da Família.

Suscitar discussão ampla sobre a aplicação da noção de hierarquização aos serviços de saúde mental.

Em contrapartida, ao mesmo tempo em que há um entendimento sobre as atribuições da equipe, algumas respostas reafirmam a colocação feita no começo deste tópico em relação à falta de conhecimento e ao funcionamento da rede assistencial ou de preparo para o desempenho da função. Isso ocorre quando os profissionais apontam como atividade desenvolvida a internação em unidade hospitalar, quando necessário, e providenciar internamento em casos de surto.

Vamos lembrar que a UBS é porta de entrada do serviço e, sendo assim, deve prestar orientações aos familiares em relação às crises de desajuste no sentido de mostrar as vias para a efetivação de internamentos, se for o caso, e atuar no manejo da crise até que se consiga a remoção para serviços especializados onde o profissional psiquiatra poderá avaliar o quadro e assim decidir se a internação é a situação a ser considerada.

É fato que se a UBS passar a encaminhar para internação, situação que acontecia sem constrangimentos em uma época em que o hospital era referência para o atendimento, corre-se

o risco de retroceder no campo psicossocial e presenciarmos novamente casos de internações compulsórias, coibidos com a Lei 10.216/2001.

Esta reflexão faz entender que as equipes da Atenção Básica, graças à proximidade que desenvolvem com as famílias e as comunidades, tornam-se um importante recurso para o enfrentamento de problemas encontrados na saúde coletiva, desde que as atividades desenvolvidas possam construir avanços na história da assistência aos portadores de transtorno mental.

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes, atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica. Contudo, nem sempre a Atenção Básica apresenta condições para dar conta desta importante tarefa. Por esta razão, o Ministério da Saúde vem estimulando ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da Atenção Básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais frequentes de saúde mental. Afinal, grande parte das pessoas com transtornos mentais leves ou severos está sendo efetivamente atendida pelas equipes de Atenção Básica nos grandes e pequenos municípios (BRASIL, 2005, p. 33).

Dessa forma, fortalecer a relação da atenção básica com a saúde mental aumenta o compromisso com a responsabilidade para a promoção e produção da saúde com práticas focadas nos conceitos propostos pela constituição brasileira, garantindo assim o processo de cidadania que se busca com a criação de serviços complementares para o atendimento dos usuários da saúde mental (BRASIL, 2005).

No relatório final da terceira CNSM, (Brasil, 2002), aponta-se a necessidade de seguir as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual se indica que a atenção básica deve ser responsável por 80% das demandas de saúde e, neste percentual, está incluída a atenção em saúde mental. Desta forma, atende-se ao conceito da integralidade ao inserir o atendimento dos usuários com transtorno mental na atenção básica e estruturar a rede assistencial de saúde mental com ênfase na atenção básica e nas suas ações articuladas no território a fim de se acolher os usuários e fortalecer o vínculo com os mesmos.

Para justificar as respostas obtidas em relação às atividades desenvolvidas e fortalecer a análise realizada, cabe a citação de algumas propostas levantadas na terceira CNSM como função da atenção básica (BRASIL, 2002, p. 49-50).

Priorizar as ações de cuidados primários de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, no que tange aos quadros clínicos e subclínicos de depressão, ansiedade e suas relações de comorbidade.

Garantir que a Rede Básica de Saúde desenvolva ações de vigilância à saúde na área de Saúde Mental, no sentido de localizar e atuar nas áreas de risco geradoras de sofrimento mental

(locais de trabalho, condições de moradia e outras), contribuindo assim para desenvolver a ação intersetorial necessária para a redução do sofrimento.

Criar, em âmbito nacional, principalmente nas regiões que não dispõem de psiquiatras, protocolos de atendimento e prescrição de medicações psiquiátricas dirigidos aos médicos generalistas, com a finalidade de atender pessoas com problemas mentais e de impedir a medicalização excessiva, que também é geradora de sofrimento.

Introduzir o atendimento domiciliar na Rede de Assistência Básica.

Garantir maior resolubilidade e capacidade da Rede Básica de Atenção, com capacitação em saúde mental das equipes mínimas do PSF, garantindo a integralidade da atenção, dimensionando equipes especializadas de referência (para atendimento e assessoria) que podem ser específicas, ou aquelas dos serviços de saúde mental, especializadas já existentes.

Garantir a incorporação das ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família, mediante oferta de ações mais locais por parte dos profissionais de Saúde da Família, tais como: visita domiciliar, potencialização de recursos comunitários, atendimentos em grupo e individuais, em articulação com os profissionais de saúde mental.

Ainda para concretização das ações da rede em relação ao usuário e seus familiares, o relatório final da terceira CNSM traz como proposta o dever da rede em fortalecer as relações familiares e fornecer orientações aos familiares com ênfase na organização desta em busca pelos direitos dos portadores de transtorno mental através de ações intersetoriais bem como por intermédio dos meios de comunicação para a promoção da conscientização da população acerca das doenças mentais, a fim de minimizar a condição de preconceito e marginalização (BRASIL, 2002).

Associadas às demandas operacionais, discutidas através do levantamento das atividades desenvolvidas pelos profissionais da atenção básica, estão as dificuldades encontradas para o desenvolvimento dessas ações.

Assim, ao se analisar a Tabela 7, observa-se que o foco das discussões gira em torno da falta do profissional médico, seja ele psiquiatra ou clínico geral, na dificuldade de adesão ao tratamento, tanto por parte do usuário quanto do familiar, preconceito e déficit de aceitação da doença por parte dos familiares.

Ainda houve uma resposta de um dos servidores que entende como dificuldade a falta de um centro de atendimento exclusivo para o atendimento dos transtornos mentais, com atendimento de equipe multidisciplinar, o que vai de encontro a todos os pressupostos da reforma psiquiátrica no sentido de organização de rede com suporte assistencial da atenção básica, auxiliada por serviços complementares.

A criação de espaços para o atendimento exclusivo de portadores de transtorno mental implicaria na manutenção do estigma e do preconceito, a qual está vinculada à figura do doente mental desde o início da organização social.

Uma das dificuldades apontadas foi em relação às recaídas dos usuários de entorpecentes. Neste sentido, vale lembrar que o Ministério da Saúde traçou uma política de saúde mental específica para usuários de álcool e outras drogas e, conforme apontado em

Brasil (2005) cabe a atenção básica buscar apoio em centros de atenção psicossocial para inserção destes indivíduos no sentido de reduzirem-se os danos causados pelos entorpecentes e como consequência diminuir-se as comorbidades atribuídas ao uso destas substâncias.

Em relação à condição de falta de profissionais médicos, foco central dos apontamentos, lembramos que, segundo Yépez e Morais (2004), ao evidenciarmos a figura do médico como referência absoluta no atendimento, nos submetemos à capitania dessa categoria que, em geral, procura tratar o usuário e os próprios profissionais da saúde de forma impessoal, objetiva e descompromissada, reduzindo o usuário a uma estrutura com problema que só é identificável e curável através de seu saber específico. Assim, o trabalhador se torna dependente deste conhecimento e fica amarrado às práticas assistenciais impessoais e contextualizadas, longe do conceito de multidisciplinaridade.

Em relação à dificuldade de adesão de usuários e seus familiares ao tratamento, Pereira e Pereira Junior (2003) apontam que a convivência com o doente mental tem caráter temporal, uma vez que a família necessita de um tempo para adaptação e aceitação da doença. Este processo se dá de forma lenta e gradativa e requer uma série de alterações na rotina da vida familiar.

Para Gonçalves e Sena (2001), os estudos chamam a atenção para o sentimento de rejeição que pode ocorrer, principalmente, após os períodos de internação, em virtude da sobrecarga enfrentada na convivência diária com o doente mental. A sobrecarga gera, de certa forma, atitudes de incompreensão familiar que devem ser administradas com o auxílio da equipe de saúde.

As atividades e intervenções no contexto da assistência em Saúde Mental, tanto no âmbito hospitalar como na atenção básica à saúde, são permeadas de 'estórias' que refletem a dinâmica do sujeito e das famílias que precisam aprender a lidar com a situação da doença mental. Tais atividades junto a estas famílias nos apresentam cotidianamente os nossos limites profissionais e os desafios para a superação de obstáculos rumo a uma atenção qualificada em saúde mental. No entanto, esse movimento da busca da qualificação da assistência não é propriamente uma novidade, mas fruto de processos históricos vividos em nosso país e no mundo (MUNARI et al, 2008, p. 785)

Assim, o processo de adaptação familiar e dos trabalhadores com o doente mental requer: o exercício diário de transposição de obstáculos, a busca incansável por conhecimento científico na área para promover a adaptação de forma coerente deste indivíduo em seu meio social e uma briga infundável contra as barreiras sociais impostas pela mistificação, marginalização, estigma e preconceito em torno da doença.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A motivação deste estudo guiou-se pela inquietação do autor deste trabalho, enquanto profissional atuante em um Centro de Atenção Psicossocial, onde após meu ingresso, pude constatar ações desenvolvidas que não fazem parte do proposto pelo processo de reforma psiquiátrica, tampouco fazem parte de um sistema que promova assistência integral, conforme promulgado na lei que rege o sistema de saúde vigente.

Embora a rede assistencial estruturada no Município em estudo possua o sentido de responsabilização compartilhada e ofereça serviços assistenciais nos três níveis de atenção, minha inquietação gerou-se ao perceber que o processo de consolidação da política assistencial caminha de forma lenta e com vários entraves que acabam por dificultar a melhoria do quadro dos usuários.

Outro fator que levou à discussão sobre o processo de divisão de responsabilidades foi perceber, que em vários atendimentos da Unidade Básica, que cuja missão é acolher tais indivíduos, mesmo quando inseridos em outro nível de atenção, encontram dificuldades pontuais no entendimento dessa responsabilidade. Isto dificulta o processo de acompanhamento muitas vezes por falta de um programa que oriente esses profissionais sobre suas responsabilidades e deveres bem como sobre o estigma que ainda cerca os usuários.

A reformulação da política assistencial ao portador de transtorno mental se fez de forma lenta, dificultada pelo processo de aceitação e enfrentamento do preconceito aos quais os indivíduos estiveram historicamente subjugados. No entanto, ainda não podemos afirmar que a política estruturada está consolidada e que o público-alvo desta encontra-se em pleno gozo do direito constitucional a que os indivíduos tidos como ‘normais’ desfrutam.

Assim, não podemos esperar que a realidade do município pesquisado seja diferente do contexto nacional, uma vez que o processo de formulação da política nacional ainda está em construção.

Com o levantamento do processo histórico para a formulação da política de atenção em saúde mental do Município estudado, foi possível registrar que as premissas da lei federal ainda não garantem a amplitude da assistência integral com foco na rede assistencial básica, uma vez que os participantes do estudo apontam dificuldades na prestação do atendimento, fato este que se confirma com o levantamento das dificuldades enfrentadas pelos familiares de portadores de transtorno mental.

Vale ressaltar que a legislação vigente em saúde mental afirma a necessidade de ações educativas e de capacitação para os profissionais da rede assistencial, em que o CAPS tem

papel importante como referência para a formação de equipe matricial, o que não se observou no desenvolvimento do estudo.

Ao tratarmos de capacitação dos profissionais que estão hoje com a responsabilidade compartilhada do cuidado e acolhimento dos portadores com transtorno mental, percebemos que o Município ainda não efetivou um programa de capacitação ou de educação permanente que promovesse a ampliação de conceitos e a quebra de barreiras em relação a esta clientela.

Há que se repensar a condição de referendar um profissional para o atendimento desta categoria de usuários, uma vez que o trabalho, quando realizado sem motivação, impõe características negativas no sentido de realizações. Ao se nomear um indivíduo como referência, damos abertura para que os demais profissionais sintam-se desobrigados das responsabilidades inerentes aos cuidados da população o que de fato pode ser imensamente prejudicial aos usuários, além de ir de encontro a todo o movimento de reformulação das políticas assistenciais.

Cabe aqui ressaltar que, embora a Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental traga diretrizes para o novo modelo assistencial, o Município pesquisado vem ignorando estas prerrogativas e ainda não adequou a assistência em saúde mental aos moldes propostos pelo Governo Federal. Exemplo disto é que ainda não foi instituído um programa de educação permanente, tão pouco o plano de cargos, carreiras e salários para os trabalhadores da área. Em relação aos usuários, ainda não foi implementado qualquer programa para a geração de renda e associações de usuários que fortaleça o crescimento dos indivíduos.

O modelo adotado, mesmo com a implantação da rede assistencial ainda está longe do preconizado, a coordenação da rede não foi indicada através da avaliação dos serviços e das necessidades, tão pouco contou com a participação dos usuários. Trata-se de indicação política de indivíduos com pouco ou nenhum conhecimento técnico ou teórico sobre a área de atuação, onde a preocupação maior é responder à demandas judiciais para que a imagem política não seja abalada.

Ainda, a disponibilização dos dados referentes à saúde da população, embora de domínio público, não estão disponíveis de maneira clara e objetiva, ou a busca dos mesmos são dificultados pela falta de informação dos profissionais envolvidos na gestão dos diferentes serviços que compõe a rede assistencial.

Enfim o que se caracteriza é uma nova forma de cronificação, onde as formas de atendimento extrapolam os muros, porém o atendimento continua centrado na lógica da medicamentação e medicalização. O que mudou foi a forma de enxergar o sofrimento, porém não a de intervenção sobre o mesmo.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRE, M. E. D. A. Etnografia da prática escolar. 14. ed. São Paulo: Papyrus, 2002.

AMARANTE, Paulo. 1995a (org.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 136 p.

AMARANTE, Paulo. 1995b. *Novos Sujeitos, Novos Direitos: O debate em torno da Reforma Psiquiátrica*. Cadernos de Saúde Pública, n. 11, v. 3; p. 491-494.

ALMEIDA, Patty Fidelis. *O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental: um estudo de caso do centro de atenção psicossocial Rubens Corrêa/RJ*. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz - RJ, 2002.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Título original: L'Analyse de Contenu. Tradução: Luis A. Reto e Augusto Pinheiro. ed. 70. Lisboa, Portugal: LDA, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília. Nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde Mental. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 43 p. – (Série D. Reuniões e conferências, 5), 1988

BRASIL. Ministério da Saúde. (2: Brasília: 1992) Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 63p. I. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema único de saúde. Conselho nacional de saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. 213p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas / Departamento de atenção básica. Coordenação geral de saúde mental. Saúde mental e Atenção Básica: O vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Coord. De Saúde Mental e Coord. de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação de Saúde Mental. Saúde Mental em Dados 3. Ano I, nº 3. Dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Ministério da Saúde: Brasília. Jan. 2007. 85p.

BÜCHELE, F.; LAURINDO, D. L. P.; BORGES, V. F.; COELHO, E. B. S. A interface da saúde mental na atenção básica. *Cogitare Enferm*, set.-dez. 2006. p. 226-233.

CAÇAPAVA, JR; COLVERO, L. A. Estratégias de atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. *Revista Gaúcha Enferm*. Porto Alegre, dez. 2008; 29 (4): p. 573-580.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S.; SILVA, E. M.; MISHIMA, S. M. *Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto*. *Rev.latin-am. em Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 30-37. Ago. 2000.

CASCAVEL (PR). Secretaria Municipal de Saúde. Projeto de Atendimento em Saúde Mental em Cascavel – PR. Prefeitura Municipal de Cascavel, 2001.

COIMBRA, V. C. C.; OLIVEIRA, M. M.; VILA, T. C.; ALMEIDA, M. C. P. A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. *Revista eletrônica de Enfermagem*, v.07, n. 01, p. 113 – 117, 2005. Disponível em: <[www.fen.ufg.br/revista.htm](http://www.fen.ufg.br/revista.htm)>. Acesso em: 18/08/2009 às 20:25 h.

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. *Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença*. *Revista Escola de Enfermagem. USP* 2004; 38 (2): p. 197-205.

DIAS, T. A. *Reforma psiquiátrica na região Oeste do Paraná: o discurso dos enfermeiros e suas práticas*. 2008. 169 f. Tese (Doutorado). – Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2008.

FRANCHINI, Beatriz. Contribuições do Planejamento Estratégico à Política de Saúde Mental no Município de Blumenau/SC. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, 2006.

FURTADO, J. P.; CAMPOS. R. O. 2005. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental* VIII (1); p. 109-122.

GALLO, Edmundo et al. *Reforma sanitária: uma análise de viabilidade*. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1988, vol. 4, n.º. 4, p. 414-419.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1996.

GONÇALVES A. M.; SENA, R. R. *A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família*. *Revista Latino-am Enfermagem*, mar 2001; 9(2): p. 48-55.

GUERRA, A. M. C. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Revista Latinoam. Psicopat. Fund.*, VII, 2, p. 83-96. 2004.

HAGUETE, Teresa Maria Frota. *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. Petrópolis: Vozes, 1992.

IBGE. Estimativas da população para 1.º de julho de 2009 (PDF). Estimativas de População. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 14 de agosto de 2009. Acesso em 20 de novembro de 2009.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, São Paulo, v.1, n.1.p. 138-154. 1991

MACHÍN, D.G; CHAGAS, L. Aspectos teóricos – Seção 1 in: OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. *Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil: Conceitos, Práticas e Lições Aprendidas*. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2008. 174 p.: il.

MARTINELLI, Maria Lucia. *O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social: um instigante desafio*. Seminário sobre Metodologias Qualitativas de Pesquisa. São Paulo: PUCSP/NEPI, 1994.

MERCADANTE, A. O. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Sinkelman J (Org). Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, Maria de Souza. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994.

MUNARI, D. B.; MELO, T. S.; PAGOTTO, V.; ROCHA, B. S.; SOARES, C. B.; MEDEIROS, M. *Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família*. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2008; 10 (3): 784-95.

OLIVEIRA, F. B. de. Os movimentos psiquiátricos e a reforma psiquiátrica no Brasil. In: *Construindo saberes e práticas em saúde mental*. João Pessoa: UFPB/ Editora Universitária, 2002.

OLIVEIRA, J. A. M.; PASSOS, E. A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe. *Vivência (Natal)*, v.1, p. 259 – 275. 2007.

PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JR, A. *Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família*. *Revista Escola de Enfermagem USP*; 37(4): p. 92-100. 2003.

PFEIFFER, P. *Passo a passo para a implementação de redes: proposta de um modelo de gestão*, in: OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. *Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil: Conceitos, Práticas e Lições Aprendidas*. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2008. 174 p.: il.

PAIVA, N. S. T; ANSELMI, M. L; SANTOS, C. B. *Projeto “Viver em Cascavel”*: análise do fluxo de informações. *Revista Latino-am Enfermagem*, jul-ago 2002; 10(4): p. 537-43.

PITTA, Ana. Tecendo uma teia de cuidados em saúde mental. In VENANCIO, Ana Tereza & CAVALCANTI, Maria Tavares (org). *Saúde Mental: Campo, saberes e discursos*. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001.

RABELO, I. V. M.; TORRES, A. R. R. Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia. *Estudos de Psicologia*. Campinas, v. 23, n. 3, p. 219-228, jul.-set. 2006.

REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. *Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: idéias para hoje e amanhã*. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. vol. 4, nº 2, p. 36 – 41, 2002. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 18/08/2009 às 20:15 h.

RIETRA, R. de C. P. *Inovações na gestão em saúde mental: um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro*. 1999; 125p. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. *Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória*. *Alea Volume 7 Número 2 jul.-dez. 2005* p. 305-322.

SILVA, Ana Lucia Aranha; FONSECA, Rosa Maria Godoyo Serpa. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 13, ano 3, p. 441-9 mai.-jun. 2005.

SILVA, A. T. M. C.; BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. *Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto*. *Revista. Escola Enferm. USP*, v. 36, n. 1, p. 4-9, 2002.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 (2): p. 331-340, fev, 2007.

TENÓRIO, Fernando. *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos*. *Revista História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, ano 1, jan.-abr. 2002. p. 25-59.

TONINI, N. S. *O planejamento em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo dos municípios da região oeste do Paraná [tese]*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005

TONINI, N. S.; MARASCHIN, M. S.; KANTORSKI, L. P. *Reorganização dos serviços: desafios para efetivação da Reforma Psiquiátrica*. *Rev Gaúcha Enferm*. Porto Alegre, jun 2008; 29 (2): p. 262-8.

UNGLERT, C. V. de S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Rev. Saúde pública*. S. Paulo, 24: 445-52, 1990.

VASONCELOS, E. M. *Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental / organização*, Eduardo Mourão Vasconcelos [et al.]. Rio de Janeiro: EncantArt; São Paulo: Hucitec, 2005

VASCONCELOS, V. C. *A dinâmica do trabalho em saúde mental: limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da reforma psiquiátrica brasileira*. 2008. 270 f. Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Rio de Janeiro, 2008.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. *A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social*. Est. Psicol. (Natal), v.9, n.2, p.373-9, 2004.

YÉPEZ, M. T.; MORAIS, N. A. *Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (1) p. 80-88, jan.-fev. 2004

ZAPPELINI, L. D.; OLIVEIRA, C. *O processo de acolhimento em saúde mental: construindo mudanças*. Boletim da Saúde 21 N2 – Ago. 2008. p. 65-79



**APÊNDICE B - Questionário para pesquisa com familiar de usuário portador de transtorno mental**

1) Nome completo:

---

2) Seu familiar é atendido em qual serviço da rede assistencial de saúde mental:

CAPS III     CAPS i     CAPS AD

CASM     CRE/CISOP

3) Seu familiar é acompanhado pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde de seu bairro:

sim     não

4) Você sabe qual o nome do profissional que é referência em saúde mental da sua unidade?

sim     não

5) Quando seu familiar entra em crise em decorrência de sua patologia, ele recebe auxílio ou atenção da sua unidade básica de saúde:

não

sim, de que forma:

6) Quais as ações que a unidade básica de saúde oferece ao seu familiar:

visita domiciliária com intervalos mínimos de 60 dias

atividades em grupo na própria comunidade

acompanhamento e orientações sobre o uso adequado das medicações

Controle das consultas de rotina

Outra:

7) Quais as dificuldades encontradas quando da necessidade de acompanhamento pela unidade básica de saúde em relação ao transtorno mental de seu familiar:

## **ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa –**POLÍTICA DE ATENÇÃO AO INDIVÍDUO EM SOFRIMENTO MENTAL NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL - PR**, onde serão divulgadas respostas suas. No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento.

Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará qualquer prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

**TÍTULO DA PESQUISA: Política de atenção ao indivíduo em sofrimento mental no Município de Cascavel - PR**

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Jhonny Cleverson dos Reis**

**ENDEREÇO: Rua Itagiba Fortunato 414, Casa 03**

**TELEFONE: (45) 9914-8658.**

**OBJETIVOS:** Este é um trabalho sobre Saúde Mental e tem por objetivo levantar a evolução histórica das políticas de atenção à Saúde Mental, desenvolvidas pelo governo do município de Cascavel – PR em consonância com os pressupostos do governo Federal a partir da Reforma Psiquiátrica desde a desinstitucionalização ao atendimento psicossocial.

**JUSTIFICATIVA:** Os novos serviços de saúde mental devem ser abertos e comunitários oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com o atendimento clínico e de reinserção social aos seus usuários, criados para substituir as internações em hospitais psiquiátricos. Sendo assim, propõe-se a pesquisa deste universo da Saúde Mental onde averiguaremos se realmente as propostas da reforma psiquiátrica estão sendo atendidas, ou seja, quais os avanços, retrocessos, contradições e interferências que ocorreram com a política de saúde proposta na área da saúde mental.

**PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:** Esta pesquisa será realizada nas Unidades Básicas de Saúde, com data previamente agendada pelo entrevistado, com auxílio de roteiro de entrevista para documentação. Será aplicado questionário semi-estruturado, com questões que nortearão sua linha de raciocínio para que sejam expostos os fatos e acontecimentos sobre a estrutura de atendimento ao portador de sofrimento mental, na rede assistencial básica do município de Cascavel – PR. Para

análise, será respeitado o pretexto de pesquisa qualitativa com análise de conteúdo para elucidarem-se as formas de acompanhamentos, ofertadas pela gestão municipal. Após analisados os dados, haverá a elaboração de um trabalho científico cujo objetivo maior é o envolvimento entre o mundo acadêmico e o profissional.

**RISCOS E DESCONFORTOS:** Durante a pesquisa, poderão ocorrer desconfortos por parte dos participantes no momento de responderem ao questionário por sentirem-se ofendidos com o conteúdo da questão ou por considerar a resposta como pessoal. Em caso de constrangimento ou ofensa pessoal, o participante poderá deixar a questão sem resposta ou desistir de sua participação na pesquisa, não sofrendo qualquer forma de censura por sua decisão.

**BENEFÍCIOS:** Incentivar o cuidado ao indivíduo em sofrimento mental através da análise das políticas de atenção à saúde mental, oferecidas pela gestão municipal.

**CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE:** Não haverá qualquer gasto com a sua participação, será totalmente gratuito, não recebendo qualquer cobrança com o que será realizado. Você também não receberá qualquer pagamento com a sua participação.

**CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA:** Não há riscos de exposição pessoal, uma vez que os dados de identificação dos participantes da pesquisa ficarão em posse do pesquisador responsável não sendo de forma alguma mencionados durante a análise e exposição final da pesquisa.

Assinatura do Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pelo pesquisador– **JHONNY CLEVERSON DOS REIS** – sobre os procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, \* exposição pessoal, concordando ainda em participar da pesquisa.

Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEP/FAG, com endereço na Faculdade Assis Gurgacz, Av. das Torres, 500, Cep 85807-030, Fone: (45) 3321-3871, no e-mail: [comitedeetica@fag.edu.br](mailto:comitedeetica@fag.edu.br) sempre que entender necessária a obtenção de informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

**Cascavel, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.**

---

(Nome)

(Assinatura)



FACULDADE ASSIS GURGACZ

**PARECER 156/2009 – CEP**

O comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Assis Gurgacz, reunido em sessão ordinária, no dia 24/06//2009, ata 05/09, **APROVA** o projeto abaixo especificado.

**PROCOLO:** 096/2009**PESQUISADOR:** JHONNY CLEVERSON DOS REIS**PROJETO:** POLÍTICA DE ATENÇÃO AO INDIVÍDUO EM SOFRIMENTO MENTAL NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL - PR.

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP para acompanhamento da pesquisa o relatório final e a publicação de seus resultados, até o dia 01/12/2009, bem como a comunicação de qualquer intercorrência, efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata

Cascavel, 24 de junho de 2009.

Coordenadora do Comitê de Ética  
Em Pesquisa com Seres Humanos  
*Karina Elaine de Souza Silva*

KARINA ELAINE DE SOUZA SILVA  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
FAG

Faculdade Assis Gurgacz  
Avenida das Torres, 500 – Loteamento Fag  
Cep: 85806-095      Cascavel – Pr  
Telefone: (45) 3321-3900      Fax: (45) 3321-3902