

Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica

Mental health in the cities in Alto Uruguai, RS, Brazil: a diagnosis of the psychiatric reform

Gelson Luiz Consoli¹
 Alice Hirdes²
 Juvenal Soares Dias da Costa³

Abstract *This study investigated the characteristics of mental healthcare in the cities situated at the Alto Uruguai from the perspective of the guidelines of the Brazilian Health System (SUS), and of the Psychiatric Reform. Based on a structured tool, we interviewed 31 subjects working in the public care network. The results point to centralized actions and “medicalization” of symptoms in the clinical care model although all cities count on Family Health Programs; lack of integrated care in mental health; inexistence of a mental health service network in the cities except in the main city; transfer to psychiatric hospitals to solve acute and chronic cases; lack of follow-up after the patient is released from the psychiatric hospital characterizing the phenomenon of the revolving door; the inexistence of mental health programs in the Health Policies of the city; and the weak representation of these professionals in the Health Councils. We conclude that the transfer of the responsibility for mental healthcare to the local authorities in the northern region of Rio Grande do Sul is still incipient and that hospitalization in psychiatric hospitals continues the main intervention in the field of mental health.*

Key words *Mental health, Health services, Health policy*

Resumo *O presente estudo investigou as características dos cuidados em saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, levando em conta as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica. Através de um instrumento estruturado, foram entrevistados 31 profissionais que atuam na rede de saúde pública. Os resultados apontam a centralização das ações no modelo de atendimento clínico, na medicalização dos sintomas, embora a totalidade dos municípios disponha de Programas de Saúde da Família; a não utilização de conceitos de clínica ampliada na saúde mental; a inexistência de uma rede de serviços de Saúde Mental nos municípios, excetuando a cidade-pólo; a utilização da transferência para hospitais psiquiátricos como solução para os casos agudos e crônicos; a ausência de acompanhamento posterior das equipes à internação em hospitais psiquiátricos, caracterizando a porta giratória; a inexistência de programas de saúde mental inseridos nos Planos Municipais de Saúde; assim como a inexpressiva representatividade de profissionais nos Conselhos de Saúde. Conclui-se que a questão da municipalização da Saúde Mental na região norte do Rio Grande do Sul é incipiente, prevalecendo ainda as internações em hospitais psiquiátricos como principal intervenção em Saúde Mental. Palavras-chave Saúde mental, Serviços de saúde, Política de saúde*

¹ Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e da Missões, Av. 7 de Setembro 1621, 99700-000 Erechim RS. gelson_consoli@yahoo.com

² Departamento de Saúde, Universidade Luterana do Brasil.

³ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Introdução

A assistência em saúde mental, historicamente centrada no modelo hospitalocêntrico, desde os anos 1980, tem passado por significativas mudanças no contexto da sociedade em que se vive. Esse processo, conhecido como desinstitucionalização em Saúde Mental ou Reforma Psiquiátrica, tem recebido a atenção de governantes e profissionais da área, respaldados nas Conferências de Saúde Mental, na legislação e nas portarias ministeriais. Um marco teórico importante na área da Saúde Mental para a América Latina é a Declaração de Caracas - que condena a exclusividade dada, até então, aos hospitais psiquiátricos como única forma de assistência às pessoas portadoras de um transtorno mental¹.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica organiza-se com base nos pressupostos da Reforma Sanitária e da Psiquiatria Democrática Italiana, que prevê a desinstitucionalização como desconstrução do modelo manicomial, modificando o *status quo* por meio de novas estratégias que oferecem novas soluções².

Na proposta atual da Reforma Psiquiátrica no Brasil, tem-se como objetivo a desinstitucionalização e inclusão, integrando os sujeitos nos diferentes espaços da sociedade. A desinstitucionalização não deve ser praticada apenas no interior do hospital psiquiátrico, mas pressupõe a necessidade de desinstitucionalizar o contexto, isto é, não basta apenas modificar o espaço onde o tratamento se dá, faz-se necessário modificar a lógica institucionalizante e segregadora a fim de que os novos serviços não reproduzam o saber manicomial. No entanto, para que isto de fato aconteça, é preciso desinstitucionalizar os serviços, os profissionais e a sociedade para que estes possam estar abertos à construção de um novo saber/fazer em Saúde Mental³.

Para Amarante³⁻⁵, como desdobramentos da Reforma Psiquiátrica, tem-se o surgimento do conceito de Saúde Mental como um novo objeto, superando a idéia de prevenção das desordens mentais, para alcançar o projeto de promoção da Saúde Mental, enquanto na concepção de Saraceno⁶, o conceito de saúde mental congrega as noções da condição desejada de bem-estar dos indivíduos e das ações necessárias que possam determinar essa condição. Assim, saúde mental é um conceito amplo na medida em que considera as dimensões psicológicas e sociais da saúde e os fatores psicossociais que determinam o processo saúde-doença.

A partir dos marcos teóricos, dentre eles, a Declaração de Caracas, as Conferências Nacionais de Saúde Mental, assim como os marcos práticos - a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Luis Cerqueira, em São Paulo e do Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul, no Rio Grande do Sul, leis e portarias⁷⁻¹⁰ passaram a dar o embasamento legal para o desencadeamento da Reforma Psiquiátrica. Além disso, começou a delinear-se um novo modelo assistencial de Saúde Mental, substituindo o modelo manicomial por uma rede de serviços territoriais, de base comunitária, no qual os usuários têm à sua disposição equipes interdisciplinares para o acompanhamento terapêutico e transformam-se em agentes e sujeitos do próprio tratamento, ostentando uma condição de dignidade na busca de sua inserção social.

A Constituição Federal de 1988, no artigo 196, ao estabelecer que *a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*⁸ ensejou, como decorrência, uma ampla legislação complementar, como a Lei nº 8.069/90, a Lei nº 8.080/90, a Lei nº 8.142/92, as Portarias do Ministério da Saúde nº 189/91 e nº 224/92, a Norma Operacional Básica/96, a Lei nº 10.216/01, além de leis e normas estaduais que dão sustentação aos entes federados para atender a saúde, e, em particular, a Saúde Mental^{7, 9, 11}.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde coloca como responsabilidade da unidade básica o atendimento em 80% das necessidades da população, incluindo a Saúde Mental. Desta forma, torna-se necessário incluir a atenção aos portadores de sofrimento psíquico dentro da rede pública, mediante a oferta de ações locais, a potencialização de recursos comunitários, através da articulação das ações de assistência, promoção, prevenção e reabilitação psicossocial, implementando uma rede de serviços territoriais de Saúde Mental, substitutivos ao aparato manicomial.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental reafirma a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, afirmando a responsabilidade das três esferas de governo no que diz respeito às políticas de Saúde Mental seguirem a mesma direção dos princípios do SUS de ação integral, acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social, priorizando a construção da rede de atenção integral em Saúde Mental. As políticas de Saúde Mental devem estar embasadas nos seguintes pressupostos: inclusão social, desmistificação em relação à comunidade para que esta aprenda a conviver com a diferença. É imprescindível a intersetorialidade, isto é, a união das diferentes políticas sociais como educação, trabalho lazer, cultura, visando à real construção de dignidade e cidadania¹².

O combate aos estigmas é a principal medida para garantir o sucesso da lei de Reforma Psiquiátrica. Esta lei segue a diretriz da OMS: garantir tratamento aos pacientes sem necessidade de internação. Em dezembro de 2001 realizou-se a 3ª Conferência de Saúde Mental, em Brasília, tendo como título, proposto pela Organização Mundial de Saúde, "Cuidar sim, excluir não". Baseada na lei aprovada, procurou direcionar suas discussões, nos eixos temáticos: reorientação do modelo assistencial; recursos humanos e financiamento; controle social; acessibilidade, direitos e cidadania¹².

O Rio Grande do Sul aprovou em 1992 a Lei Estadual nº 9.716, que trata da reforma psiquiátrica em âmbito do estado⁷. Entretanto, o Rio Grande do Sul, um Estado pioneiro na aprovação de uma legislação específica na área, e detentor do maior número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por estado, apresenta diferenças regionais importantes na estruturação de serviços^{13, 14}. Enquanto a metade sul protagonizou experiências inéditas de desinstitucionalização, o norte apresenta carência na estruturação de serviços e na inserção das ações de Saúde Mental nos serviços gerais de saúde. Entende-se que esta realidade descortina-se em outros estados e regiões, onde não há serviços de Saúde Mental estruturados e os equipamentos de saúde na atenção básica operam eminentemente no paradigma clínico (problema-solução).

A ênfase das ações de Saúde Mental no território constitui-se na própria essência da desinstitucionalização em psiquiatria, partindo do pressuposto de que a legislação delegou aos municípios a responsabilidade de gerir a saúde pública em sua área de abrangência administrativa, contando, para tanto, com a assistência técnica e financeira dos estados e da União.

Quanto mais o PSF estabelecer-se e capilarizar-se no município, mais deve integrar-se à rede de relações que vai sendo construída em torno da atenção à Saúde Mental. A construção que acontece é a de uma rede de relações sociais em busca de uma nova atitude diante dos problemas referentes ao processo saúde mental /sofrimento psíquico/ doença mental. Não apenas ligado ao modelo biomédico, que visa a prevenir agravos individuais, concebidos como naturais e produtos de uma história natural, mas articulada à cidade e ao cidadão, centro ativo de políticas e percepções críticas sobre a cultura¹⁵.

A efetivação da Reforma Psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos juntamente com a criação dos serviços substitutivos, que garanta, além da inclusão social, a devolução de identidade e cidadania aos

portadores de sofrimento psíquico. Assim, faz-se necessário que os municípios integrem uma rede de saúde que possibilite a realização de ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental¹⁰. Desta forma, esta pesquisa poderá fornecer subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas de Saúde Mental no contexto da atenção básica, especificamente, no Programa de Saúde da Família (PSF).

O estudo teve como objetivo geral investigar as características dos cuidados em Saúde Mental nos municípios do Alto Uruguai, levando em conta as diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Os objetivos específicos foram: conhecer a inserção da assistência em Saúde Mental nos planos municipais de saúde; identificar o tipo de assistência prestada nos diferentes níveis de atenção; investigar a existência de programas municipais de atenção à Saúde Mental; levantar quantos e quais são os profissionais envolvidos na assistência em Saúde Mental em cada município; investigar os padrões de referência e contra-referência intra e intermunicípios; identificar a representação da Saúde Mental na composição do Conselho Municipal de Saúde; conhecer a alocação de recursos financeiros para a área da saúde e da Saúde Mental e identificar se a internação psiquiátrica em hospital psiquiátrico é vista como primeira ou última alternativa.

Métodos

A região do Alto Uruguai, situada no estado do Rio Grande do Sul, está compreendida por 31 municípios, que integram a 11ª Coordenadoria Regional de Saúde. Os municípios pesquisados, com exceção de dois, possuem características demográficas bastante semelhantes, segundo dados estatísticos fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁶, ano base 2000, que aponta um (1) com população acima de 90.000 habitantes; um (1) na faixa de 10.001 a 20.000 habitantes; nove (9) com população entre 5.001 e 10.000 habitantes e vinte (20) com população inferior a 5.000 habitantes. Quanto às condições socioeconômicas e culturais, também há muita semelhança, assentando-se na agricultura o sustento econômico; a população, etnicamente, é composta de descendentes de italianos, alemães, poloneses e afro-brasileiros. Houve concordância entre as informações fornecidas pelos municípios em relação aos cuidados em Saúde Mental, caracterizando uma situação de homogeneidade, incluindo o município pólo, que difere somente pela existência de um CAPS.

Durante os meses de junho e julho de 2003, foram aplicados questionários padronizados contendo questões sobre a rede de Saúde Mental existente no município, tipos de atividades desenvolvidas pelos serviços, recursos humanos disponíveis para as atividades de Saúde Mental, fluxos de referência e contra-referência utilizados pelos municípios, representação da Saúde Mental na composição do Conselho Municipal de Saúde; alocação de recursos financeiros para a área da saúde e da Saúde Mental e a caracterização das transferências para hospitais psiquiátricos.

Os respondentes foram profissionais de nível superior dos 31 municípios pertencentes da região, médicos, enfermeiros e psicólogos, designados pelos secretários municipais de saúde correspondentes. Os dados foram analisados e apresentados de acordo com as distribuições das categorias.

Foram respeitados os aspectos éticos referentes à pesquisa com seres humanos, conforme determina a Resolução nº 196/96¹⁷ e a Declaração de Helsinque¹⁸. Os entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, no qual se explicitou o objetivo principal da pesquisa. Através de ofício, registrou-se um comprometimento explícito de que as informações não seriam reveladas de forma particularizada, garantindo, desta forma, o sigilo e anonimato dos entrevistados. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética Institucional da Universidade, sob o protocolo nº 020 – 1/THC/03.

Resultados

Plano de Saúde Mental

O estudo questionou os municípios a respeito da existência ou não de um planejamento escrito para a área da Saúde Mental, e a resposta de 25,80% deles foi de que o Plano de Saúde Pública contempla também a Saúde Mental, enquanto 74,20% informaram não possuir plano específico e que o assunto também não está contemplado no planejamento global da Secretaria Municipal da Saúde, não existindo, portanto, plano escrito para a Saúde Mental.

Rede municipal de serviços na área da saúde mental

Quanto à existência de uma possível rede de serviços que contemple a área da Saúde Mental, os municípios apresentaram respostas que formam a seguinte realidade (Figura 1): 70,90% prestam os

serviços através das Unidades Básicas de Saúde (UBS); 54,80% os disponibilizam nos PSF e 35,40% através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Destes, um percentual de 58,06% o faz com a ajuda de um profissional de referência, comumente o psicólogo. Na mesma questão, 19,35% disseram possuir oficinas terapêuticas e 9,67% disponibilizam leitos hospitalares em hospitais gerais. Quanto à existência de ambulatório com equipe especializada de Saúde Mental, unidades psiquiátricas em hospitais gerais e CAPS, apenas 3,23% responderam afirmativamente. Especificamente em relação ao ambulatório, este encontra-se na cidade pólo-regional, Erechim. Esta realidade vem ao encontro da assertiva quanto à questão de os municípios urbanos deterem o maior número de profissionais e serviços.

Cuidados/atividades desenvolvidos pelos municípios

A Figura 2 traz a realidade relacionada com os cuidados/atividades desenvolvidos pelos municípios na área da Saúde Mental. Os números apontam que 100% dos municípios oferecem consultas com médico generalista aos portadores de transtornos mentais; 87,10% disponibilizam atendimento individual com psicólogo, através de profissionais do próprio quadro ou através de serviços adquiridos na região; 83,87% procedem a cadastramento das pessoas com patologias mentais, para fins de fornecimento de medicamentos, conforme normas do Ministério da Saúde. atendimentos com médico psiquiatra acontecem em 19,35% dos municípios, sendo que, na maioria dos casos, os serviços são adquiridos de profissionais sediados na cidade-pólo regional, em razão da existência de médico psiquiatra somente em dois municípios.

A Figura 3 demonstra que prevalece a centralização na questão das consultas médicas com clínico geral e do cadastramento dos pacientes, objetivando o fornecimento de receitas. Entretanto, ao cruzar estas variáveis com as informações contidas na Figura 2, observa-se que não é a totalidade das Unidades de Saúde que desenvolvem atendimento em Saúde Mental, mas somente 22 municípios, o que representa um percentual de 70,90%.

Profissionais a serviço da Saúde Mental

O instrumento de pesquisa questionou sobre recursos humanos disponíveis na região a serviço da Saúde Mental; os dados apontam que 100% dos municípios têm médico clínico geral e enfermeira, em função de a totalidade ter implantado o PSF. Em

74,20% dos municípios, constata-se a existência de auxiliar de enfermagem; em 70,90%, de psicólogo; em 64,52%, de assistente social; em 9,67%, de nutricionista; em 6,45%, psiquiatra, técnico em enfermagem, fisioterapeuta e monitor, e em 3,23% dos municípios, existe terapeuta ocupacional e pedagogo.

Importante se faz destacar que, apesar do número de profissionais encontrar-se dentro do preconizado em termos quantitativos, em se tratando de equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), na prática estes profissionais atendem a todos os

tipos de demandas do município, dentre estes, escolas, asilos, creches. Assim, a atenção à Saúde Mental perpassa fundamentalmente o atendimento em situações agudas, o encaminhamento para outros serviços, comumente fora da região, sem um acompanhamento posterior. Via de regra, o agente comunitário de saúde, empiricamente, intervém precocemente e é forçado a tomar decisões, que envolvem a solicitação de ajuda aos profissionais da equipe, acompanhamento à internação e o contato com os familiares.

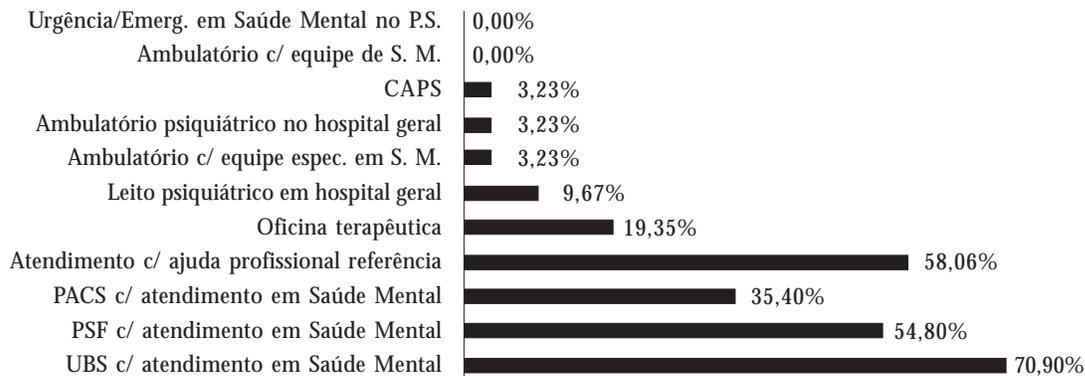


Figura 1. Rede de serviços na área da saúde mental.

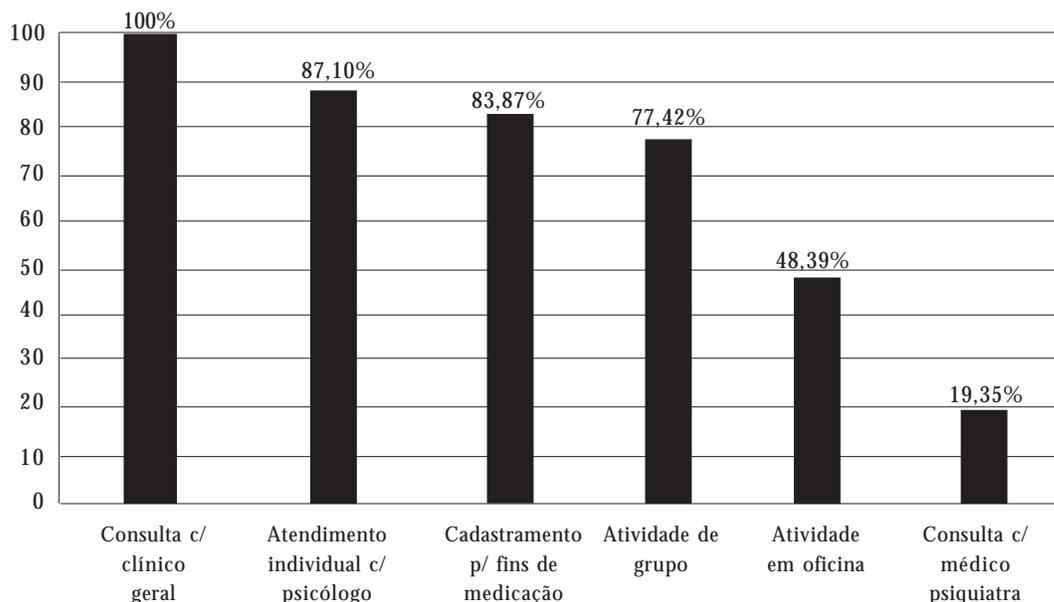


Figura 2. Cuidados/atividades desenvolvidos pelos municípios.

Processo de referência e contra-referência

O encaminhamento dos pacientes a hospitais psiquiátricos para, no retorno, receberem cuidados em suas próprias residências, sob a responsabilidade dos familiares (Figura 4), ocorre em 93,55% dos municípios pesquisados. A internação em hospitais gerais, para após o tratamento ficarem os pacientes, igualmente, aos cuidados dos familiares, ocorre em 41,94% dos municípios; 32,26% dos municípios, após os primeiros cuidados e medicação adequada, ainda na Unidade de Saúde, liberam os pacientes para continuarem o tratamento junto à família. Constata-se que apenas 6,45% dos municípios utilizam a prática de encaminhar seus pacientes aos hospitais psiquiátricos, para, quando do retorno, receberem cuidados em CAPS/família. Um deles é mantenedor de uma dessas instituições, enquanto o outro, pela

proximidade e eventual acerto administrativo, beneficia-se do CAPS de Passo Fundo. O mesmo percentual (6,45 %) aparece no fluxo CAPS/domicílio, pelas razões expostas.

Participação da área da Saúde Mental no Conselho Municipal da Saúde

Em relação à participação de entidades e funcionários ligados à área da Saúde Mental nos Conselhos Municipais de Saúde, constatou-se que apenas 25,80% dos municípios concedem representação aos profissionais ou entidades que lidam com a Saúde Mental, especificamente. Os Conselhos Municipais de Saúde contam com a Associação dos Alcoólicos Anônimos, a Associação dos Psicólogos, um hospital geral como referência regional no tratamento de drogas e também com psicólogos. A pouca representação de entidades ligadas à Saú-

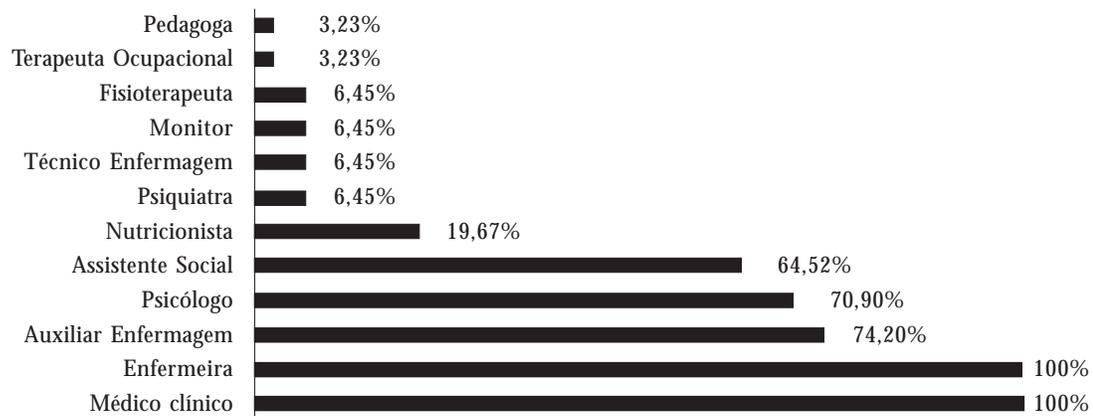


Figura 3. Profissionais a serviço da saúde mental.

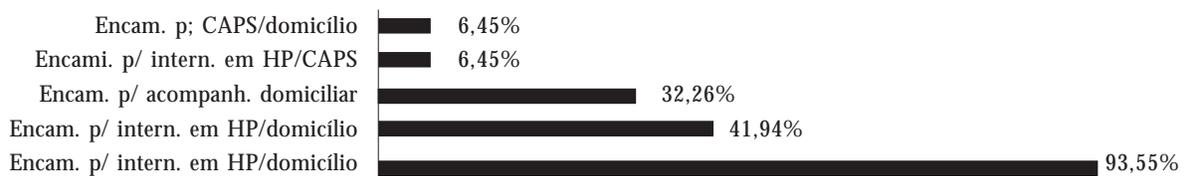


Figura 4. Fluxo referência/contrarreferência, intra e intermunicipios.

de Mental dá-se mais em razão da inexistência destas em municípios de pequeno porte do que, propriamente, pela não-deliberação da escolha.

Investimentos na Saúde Pública e na Saúde Mental

Sobre os investimentos feitos pelos municípios no ano de 2002, 81,69% deles responderam estarem os recursos para a Saúde Mental englobados no orçamento de Saúde Pública, que não há dotação própria para essa área, enquanto os demais, 18,31%, abstiveram-se de fornecer essa informação. Quanto à aplicação de recursos municipais efetivamente ocorrida em 2002, os percentuais foram muito variáveis, ficando numa faixa que aponta o menor com 11,15% e o maior com 23,41%. Na verdade, este item não foi respondido por todos os municípios, pois nove (9) se abstiveram de fazê-lo, alegando falta de condições técnicas ou outras. Todavia, todos os informantes, em número de vinte e dois, atingiram, no ano em questão, o índice estabelecido pela Emenda Constitucional nº 29. A média percentual aplicada na área da Saúde Pública desses municípios foi de 14,29%.

Internações em hospitais psiquiátricos

Questionados sobre os critérios adotados nas internações de pessoas com transtorno mental, 54,80% dos municípios informaram que utilizam as internações em hospitais psiquiátricos somente nos casos considerados graves pelo médico ou pelo profissional de referência; 35,40% dizem usar a prática em algumas condições psicopatológicas,

como psicose, alcoolismo, dependência de drogas, transtornos psiquiátricos, esquizofrenia, transtorno bipolar, surtos psicóticos agudos, quadros demenciais graves, dentre outras; 6,45% informaram providenciar internação em todos os casos, por não disporem de equipe preparada para lidar com pessoas que apresentam transtornos mentais, e 3,23% valem-se da internação independente das condições psicopatológicas do paciente, ou seja, transferem para hospitais psiquiátricos em todas as situações, quer sejam quadros psicóticos agudos ou crônicos.

Os dados contidos na Figura 5 permitem um cruzamento com as variáveis apresentadas na Figura 4, na qual se constata que em 93,55% dos casos o portador de transtorno mental é encaminhado ao hospital psiquiátrico para, no retorno, receber cuidados junto aos familiares. Ou seja, os números apresentados na Figura 5, que aborda os critérios de internações em hospitais psiquiátricos, evidenciam que as internações hospitalares nos casos graves correspondem a 54,80%; em algumas condições psicopatológicas específicas, atingem 35,40% e, nos demais casos, perfazem 9,68%. O resultado da soma destes percentuais, comparado aos encaminhamentos para hospitais psiquiátricos, demonstra que os valores encontrados são coincidentes, isto é, retratam a realidade das transferências para hospitais psiquiátricos fora do município.

Registro de encaminhamentos para internações

A respeito dos procedimentos de registro de prontuários, prática considerada habitual e neces-

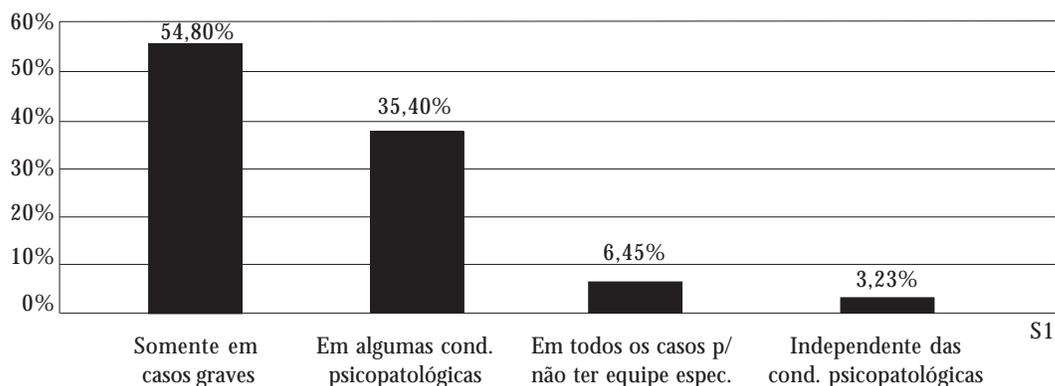


Figura 5. Critérios de internações de doentes mentais em hospitais psiquiátricos.

sária quando do atendimento de pacientes nas UBS, 74,20% dos municípios informaram que, ao efetuarem o encaminhamento para internação em outros hospitais, registram devidamente a ocorrência, enquanto os demais 25,80% informaram nada registrar ou se omitiram de responder.

As informações colhidas a respeito dos registros de encaminhamentos de doentes mentais, cruzadas com os números apresentados na Figura 5, retratam uma realidade que vai além do entendimento dos próprios percentuais. Enquanto se verifica que 25,80% dos municípios não realizam qualquer registro de encaminhamento dos pacientes, 32,26%, percentual aproximado, após tratar os pacientes em suas UBS ou no PSF, encaminhamos para acompanhamento domiciliar, o que leva a crer que esse universo de pessoas passa a não ter mais qualquer acompanhamento pelos profissionais da saúde, a não ser quando voluntariamente ou por necessidade imperiosa retornar às UBS, provocando, assim, o processo da “porta giratória”.

Discussão

Investigando a inserção da assistência em Saúde Mental nos Planos Municipais de Saúde, foi constatado que um número reduzido de gestores municipais incluiu nos projetos programas e ações que vieram a minimizar o sofrimento daquelas pessoas acometidas de transtornos mentais. Neste aspecto, partindo do princípio de que os Planos Municipais de Saúde devem merecer a aprovação do respectivo Conselho Municipal de Saúde, a quem cabe também fiscalizar as ações, conclui-se que a Saúde Mental, por não estar contemplada nem mencionada nos Planos Municipais de Saúde, não é prioridade, nem meta para cumprimento em curto prazo, para os municípios da região do Alto Uruguai. Várias leituras podem derivar destes dados: a quase totalidade são municípios de pequeno porte, predominantemente rurais, a não existência de vontade política para a implantação de serviços de Saúde Mental; o reduzido número de especialistas. Percebe-se que, apesar da totalidade dos municípios dispor de equipes do PSF, na prática ocorre uma dissociação mente/corpo: os casos de sofrimento psíquico são subvalorizados e encaminhados para outras instâncias, via de regra, o hospital psiquiátrico. Esta solução encontrada nos municípios pesquisados caminha na contramão da Reforma Psiquiátrica.

Ao identificar o tipo de assistência prestada nos diferentes níveis de atenção, considerando os serviços na área da Saúde Mental e os cuidados/ativida-

des desenvolvidos, a conclusão a que se chega, avaliando a realidade estampada nos números das Figuras 1 e 2, é que, nos municípios da região, prevalecem as consultas clínicas, como base da intervenção em Saúde Mental: ou os pacientes com transtornos mentais são atendidos nas Unidades Básicas ou nos Programas da Saúde da Família, em nível de atenção básica, por médicos generalistas, enfermeiras ou agentes de saúde, fato este preconizado como correto, se transcendesse o atendimento no modelo de consultas clínico-ambulatoriais, ou então são encaminhados a hospitais psiquiátricos. Consideramos desejável a adoção pelos profissionais que atuam na atenção básica do conceito de clínica ampliada, ou seja, a noção de contextualizar o indivíduo em sofrimento no seu entorno social. Isto implica uma mudança de perspectiva, na qual deverão prevalecer a responsabilização pela pessoa em sofrimento, a interdisciplinaridade, a horizontalidade, a adoção de um projeto terapêutico comum à equipe e a inserção da família no tratamento. Também há que se considerar o respeito aos aspectos culturais de cada etnia, determinantes para a compreensão do processo saúde-doença.

Koga¹⁹, investigando o tipo de atuação em saúde mental no Programa Saúde da Família (PSF) do município de Maringá, entrevistou profissionais das equipes do PSF e famílias usuárias desse programa. Percebeu que os membros das equipes têm dificuldade para trabalhar no domicílio questões relativas à Saúde Mental, por não se sentirem preparados. As famílias avaliaram a atuação da equipe como boa; por outro lado, demonstraram insatisfação pela ausência de suporte, como número insuficiente de atendimentos, que prejudica a continuidade de tratamentos iniciados. A pesquisadora conclui que existe necessidade de preparo dos profissionais das equipes do PSF para realizar a assistência em Saúde Mental.

A parceria PSF e Saúde Mental não quer dizer treinamento das equipes de saúde da família em procedimentos simplificados da psiquiatria, mas uma construção recíproca e responsável de uma teoria, de uma prática e de uma ética, mediante o estabelecimento de um acordo político. Saúde Mental e PSF interdeterminam-se, interpotenciam-se e interdependem-se e implicam transformações profundas nas práticas do Estado, em todos os seus níveis¹⁵.

De acordo com os dados expressos no documento da Organização Mundial de Saúde/Organização Pan Americana de Saúde – OMS/OPAS²⁰, a obtenção de soluções efetivas perpassa a concepção da abordagem da Saúde Mental pelo prisma da Saúde Pública. O relatório aponta as desigual-

dades entre países e dentro do mesmo país em termos de recursos e formação de profissionais. Afirma que uma prestação apropriada de serviços em todos os níveis de atenção perpassa estas questões. O documento traz recomendações de caráter geral para o desenvolvimento da atenção em Saúde Mental, resultado de experiências cumulativas em muitos países com níveis de recursos diversos e evidenciados pelas pesquisas científicas. Dentre os dez itens, cinco remetem à comunidade: proporcionar tratamento na atenção primária; garantir atenção na comunidade; envolver as comunidades, famílias e os usuários; criar vínculos com outros setores e monitorizar a Saúde Mental na comunidade.

Sobre a participação dos profissionais e entidades que lidam com a Saúde Mental, nos Conselhos Municipais de Saúde, o estudo apontou que em apenas um quarto dos municípios existe essa representação; a realidade permite a conclusão de que, se não há uma política em Saúde Mental nos municípios, é porque, igualmente, inexistem quem defendam, no colegiado, uma política própria para a área da Saúde Mental, pois é nessa instância que nascem as políticas públicas voltadas à saúde. É imprescindível que os profissionais assumam a condição de formadores de opinião, exercendo o poder de influenciar, quer os gestores municipais, quer os demais segmentos da sociedade, através da representação neste colegiado.

O cotidiano das instituições de saúde é o lugar comum onde, por um lado, se vivenciam conflitos e constata-se limites e dificuldades, e que, de outro, pode transformar os atores em autores de projetos inovadores de construção de novas realidades em saúde. Desse modo, parte-se do pressuposto de que a estruturação, o funcionamento organizacional e a ordenação específica dos processos de trabalho no interior das instituições de saúde podem ser desconstruídos e recriados cada vez e de novo, todos os dias, pois são socialmente produzidos²¹.

Os serviços de saúde destes municípios operam basicamente com profissionais generalistas, com pouco ou nenhum vínculo com a Saúde Mental. Todos os municípios possuem em seus quadros ou então utilizam contratações autorizadas de médicos generalistas, ou, em alguns poucos casos, de profissional com alguma especialidade. Referindo estes dados, *a priori* não se constata falta de profissionais no atendimento da atenção básica nos municípios. O que se verifica é que os atendimentos são centrados no modelo do dano, da doença, ou seja, independentemente de a totalidade dos municípios deterem em seus quadros médicos generalistas e enfermeiras, o atendimento é eminentemente medicamentoso-ambulatorial.

Tanto a Saúde Mental como a Estratégia de Saúde da Família têm apresentado novas modalidades de cuidado do processo de adoecimento, produzindo tecnologias diversas que propiciam um melhor cuidado. Essa é uma preocupação que envolve as pessoas e as relações. O cuidado requer envolvimento com o outro, está ligado à idéia de coresponsabilizar-se pelo outro, de envolver-se com o sofrimento do outro, de solidarizar-se com o outro. Então, pressupõe vincular-se a alguém e isso requer disponibilidade para o outro, para o inusitado, para a relação²².

O relatório da Organização Mundial de Saúde²⁰ prevê que, com a integração da atenção em Saúde Mental ao sistema de saúde geral, aumentará a demanda de generalistas e diminuirá a de especialistas em Saúde Mental. O documento sugere, entretanto, que deve permanecer uma massa crítica de especialistas para ministrar tratamento efetivo. No caso do PSF, deve-se apontar que a integralidade das ações é uma das filosofias do programa, havendo, desta forma, dissonância entre o preconizado e o executado.

Nos casos de encaminhamentos de pacientes para atendimento em níveis secundário e terciário, ficam expostas, de forma clara, as deficiências dos municípios. Ao estabelecerem o fluxo referência/ contra-referência, intra e intermunicípios, no retorno, os pacientes são deixados sob responsabilidade das famílias, sem um acompanhamento dos profissionais que os atenderam na atenção básica. É fundamental que o paciente seja contra-referenciado à Unidade Básica de Saúde para continuidade do tratamento, não perdendo o vínculo com os profissionais que iniciaram o processo. Cabe ressaltar que esse procedimento - encaminhar o paciente ao hospital psiquiátrico para, no retorno, ser atendido pela família - ocorre em 93,55% dos municípios. Os números revelam que prevalece a lógica da "ambulancioterapia", ocorrendo sistematicamente o círculo intersetorial-alta-reinternação.

A persistência de antigos problemas e limites, arraigados no cotidiano das instituições de saúde, tem dificultado em grande parte as transformações das práticas sanitárias e da medicina, numa perspectiva de mudança efetiva do modelo assistencial de saúde. Evidente está que, tais problemas e limites se relacionam com contextos desiguais, nos quais habitam distintas percepções e concepções sobre o processo saúde e doença, o que tem gerado descompasso ou mesmo desencontro entre os objetivos e aspirações dos atores envolvidos. Esses contextos referem-se às dimensões econômica, cultural, social e política, nos quais a ação em saúde se apresenta como um espaço de representação de interesses, desejos e sentidos²¹.

Relativamente à alocação de recursos financeiros para a área da Saúde Pública, constatou-se, sem nenhuma exceção, que os municípios disponibilizam percentuais acima daqueles estabelecidos pela Emenda Constitucional nº 29, que prevê, para o ano de 2002, 10,2% de um elenco de receitas próprias, definidas no próprio diploma²³. Todavia, em se tratando de alocação de recursos para a área da Saúde Mental, constatou-se que somente um município informou ter verba própria para a Saúde Mental, englobada na Saúde Pública.

De acordo com Alves²⁴, a contabilização de gastos na assistência psiquiátrica, historicamente, sempre se referiu às despesas com internações em hospitais psiquiátricos, por ainda se constituírem na principal modalidade de tratamento para pessoas com transtornos mentais. Desta forma, as séries históricas de gastos sempre se reportavam ao regime de internação. Na avaliação do autor, decorridos dez anos da Portaria nº 189, que alterou o financiamento das ações e serviços de Saúde Mental, há ainda um descompasso entre o acumulado político e os gastos com internação em hospitais psiquiátricos e em serviços comunitários. Entretanto, o autor visualiza que a tendência é de superação do modelo manicomial.

Em consonância com os dados expressos no relatório da OMS/OPAS²⁰, o financiamento na área da Saúde Mental deverá ser efetivamente destinado aos serviços através de especificação técnica de critérios integrantes de um pacote geral de intervenções básicas ou essenciais, para que o setor público se comprometa efetivamente a financiar, estando ou não especificada no orçamento, a quantia a ser aplicada nestes serviços. O documento ressalta a necessidade de melhorar a alocação arbitrária ou simplesmente histórica de recursos. Salieta também que a aplicação de um volume substancialmente maior de recursos públicos na Saúde Mental não irá garantir a eficiência ou distribuição equitativa. A distribuição de recursos com base nas necessidades seria um modo mais equitativo; entretanto, o relatório aponta para a premência de uma concordância entre “necessidade” e prioridade. Ressalta que isto já se constitui em um problema no caso de doenças físicas, tornando-se mais complicado na área da Saúde Mental. O relatório destaca a importância do setor público na gestão dos recursos, para que a Reforma Psiquiátrica possa efetivamente se consolidar. Isto é verdadeiro na medida em que a Reforma Psiquiátrica tem como palco o município; quando este consegue absorver e atender a demanda nos três níveis de atenção, os encaminhamentos para hospitais psiquiátricos diminuem ou são desnecessários.

Pertinente à intenção de se identificar se a internação psiquiátrica é de fato concebida como última alternativa a ser adotada - fato de suma importância no estudo - conclui-se que, amparados em critérios diversos, os municípios utilizam, invariavelmente, a prática de encaminhar seus pacientes para serem atendidos em outros níveis. Os dados apontam que um quarto dos municípios não registra quando o paciente é encaminhado para hospitais psiquiátricos, deduzindo-se daí que não haverá posterior acompanhamento por parte da Secretaria Municipal de Saúde. Não se consubstancia, desta forma, o processo de referência/contra-referência.

Convém ressaltar que a cidade-pólo regional é a cidade que abriga um hospital geral tido como referência regional no atendimento ao portador de transtorno mental, por dispor de melhores condições de recursos humanos, instalações e equipamentos, inexistentes nos demais municípios. Entretanto, face à excessiva demanda, faz-se necessário estruturar melhor as UBS, PSF e PACS, qualificando os recursos humanos na abordagem à saúde/doença mental. Esses procedimentos modificariam o organograma de atendimento ao sofrimento mental, transformando essas instituições e programas efetivamente em portas de entrada do sistema de atendimento na área mental.

Trazemos alguns conceitos denominados de síntese metodológica²⁵: o paciente, antes de uma formação psicopatológica, é um cidadão; a não dissociação entre sofrimento físico e mental. As condições ambientais, sociais e mentais formam partes de ecologias inter-relacionadas; a psicose, as experiências de sofrimento, de violência, acontecem em territórios determinados: na família, na comunidade, nos universos existenciais das pessoas. O paciente é o grupo familiar todo, a observação, a escuta e a pesquisa devem ser orientadas para a família; o atendimento primordial, às famílias com maior dificuldade e vulnerabilidade. Os profissionais deverão abandonar o ideograma família desestruturada. Procurarão entender os modos que cada cultura possui para compreender o sofrimento e superá-lo. A realização de parcerias será fundamental para operar os processos de reabilitação psicossocial. Para isso, deverá ser comprometida toda a organização sanitária e serão priorizadas as conexões com políticas públicas e com os recursos existentes nas comunidades.

Os pressupostos citados servem de guia balizador para as ações desenvolvidas em Saúde Mental comunitária. Poderão ser aplicados não somente no contexto comunitário, mas também na atenção terciária. Dos pressupostos acima, pode-se fazer as seguintes leituras: a necessidade de capacitação de

profissionais para que visualizem o ser humano em sofrimento psíquico no seu todo: físico, mental, meio ambiente e cultura; o domínio de intervenções nos diversos campos/áreas geográficas; a não estigmatização das famílias através de rótulos, mas sim o estabelecimento de parcerias com as mesmas; o atendimento prioritário aos mais necessitados e grupos vulneráveis.

As ações precisam estar onde às pessoas estão; inverte-se o paradigma asilar é proibido isolar para tratar, ***o sujeito não é a especificidade individual, mas o conjunto de vínculos, de relações compartilhadas. A acessibilidade geográfica traduz-se pela facilidade de ser atendido, a acessibilidade política traduz-se pela capacidade de planejar e decidir de modo participativo***¹⁵.

O território não é composto apenas pelo seu bairro, mas pelo conjunto de referências socioculturais e econômicas que fazem parte de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo. Um serviço só poderá dar um uso prático ao conceito de território se estiver localizado em um bairro, emoldurado pelas referências sociais e culturais daquela comunidade²⁶.

O Programa Saúde da Família se coloca como principal dispositivo para o exercício de uma nova forma de assistência em Saúde Mental. Serviços como os CAPS são os organizadores da rede e como tal deveriam buscar o estreitamento de laços entre o campo da Saúde Mental e do PSF. Para tanto, será necessário solidificar seus princípios fundamentais para agenciar o processo de reconstrução das práticas, sem incorrer no erro de reproduzir as técnicas tão questionadas do modelo hospitalocêntrico ao se aproximar das comunidades²².

Desta forma, entendemos que os municípios de pequeno porte deverão investir na capacitação dos profissionais da atenção básica para que estes possam operar tendo como pressupostos norteadores de sua prática os princípios da Reforma Psiquiátrica. Para que isto efetivamente possa se concretizar, há a necessidade de estabelecer uma rede dentro de cada município, a identificação de leitos psiquiátricos em unidades de hospitais gerais, além de campanhas para desmitificar a doença mental na comunidade. Faz-se também premente a sensibilização do poder público, através dos gestores municipais para esta questão. Sobretudo, há que se considerar que há um retorno político decorrente das transferências para hospitais psiquiátricos.

Os resultados da pesquisa foram devolvidos aos municípios pesquisados através de reuniões com os gestores e com os profissionais. Igualmen-

te, os dados obtidos foram encaminhados à 11ª Coordenadoria Regional de Saúde e à Coordenação Estadual de Saúde Mental e transmitidos à academia nos cursos de graduação afins, objetivando um olhar crítico dos futuros profissionais para a realidade encontrada. Entendemos que as ações futuras dos profissionais em campo dependem do tipo de experiência durante a vida acadêmica.

Considerações finais

A Lei nº 10.216/01, que trata da Reforma Psiquiátrica em nosso país, foi sancionada no dia 6 de abril de 2001, tendo, portanto, quase quatro anos de existência. Todavia, há que se mencionar que, já em 1992, o Rio Grande do Sul possuía uma legislação específica sobre o assunto. A par disso, o Ministério da Saúde iniciava nessa época a emissão de uma vasta legislação que viria a nortear todas as ações no sentido de tratar adequadamente as pessoas acometidas de transtornos mentais. Deste modo, passados quase quinze anos, o processo de implantação da Reforma Psiquiátrica deveria encontrar-se em plena consolidação, em todo o país, e em especial no Rio Grande do Sul, o que, definitivamente, não foi o que se verificou com o presente estudo.

Os dados aqui apresentados permitem afirmar que a questão da municipalização da saúde mental na região do Alto Uruguai é ainda incipiente e sua concretização depende fundamentalmente da vontade política dos gestores, da capacitação técnica dos profissionais, da real inserção das ações de Saúde Mental na atenção básica, particularmente nos Programas de Saúde da Família, do envolvimento crescente dos familiares, da conscientização e do reconhecimento da sociedade para a questão da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais, cujos direitos estão consubstanciados na Constituição do país.

O mapeamento das ações em Saúde Mental no Sistema Único de Saúde poderá, a partir do processo de atenção, fornecer indicadores das práticas dos serviços do ponto de vista dos atores sociais, para a construção de parâmetros que possam ser universalizados e instrumentalizar os operadores. Espera-se, através desta avaliação, alavancar a inclusão do cuidado à Saúde Mental no Sistema Único de Saúde, com vistas à sensibilização do poder público e construção de práticas que incorporem o cuidado à saúde mental na atenção básica, para que efetivamente a Reforma Psiquiátrica possa se consolidar em nosso país, para a superação do modelo manicomial obsoleto ainda vigente.

Colaboradores

G Consoli elaborou o projeto, realizou a pesquisa bibliográfica, participou da elaboração do instrumento, coordenou a coleta, a organização e a análise de dados. A Hirdes orientou a construção do desenho da pesquisa, participou da elaboração do instrumento, da análise dos dados e da redação do artigo. J Costa fez a revisão do método.

Agradecimentos

Aos profissionais da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde e aos profissionais de saúde dos municípios investigados. À professora Laura Chiamenti pela revisão do texto.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Organização Panamericana de Saúde. Declaração de Caracas. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas locais de Saúde (SILOS). 14 de novembro de 1990. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1990.
2. Barros DD. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: Amarante P, organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 171-195.
3. Amarante P. *O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
4. Amarante P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
5. Amarante P, organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
6. Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá; 1999.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Legislação em saúde mental*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
8. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Saraiva; 2002.
9. Brasil. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
10. Brasil. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
11. Brasil. Ministério da Saúde. *Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde - SUS. O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde*. [acessado 2002 jul 28]. Disponível em: <http://www.apm.org.br>
12. Brasil. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Base de dados do DATA-SUS. [acessado 2002 fev 26]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
14. Secretaria de Estado da Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul. *Guia de serviços de saúde mental - Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Secretaria de Saúde e Meio Ambiente; 2002.
15. Sampaio JJC, Barroso CMC. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: diretrizes e experiências no Ceará. In: Jatene A, Lancetti A, organizadores. *Saúde Loucura, 7. Saúde mental e saúde da família*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001.
16. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de informações básicas municipais. [acessado 2004 fev 28]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
17. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: O Conselho; 1996.
18. Declaração de Helsinque. Associação Médica Mundial. Declaração para orientação de médicos quanto a pesquisa biomédica envolvendo seres humanos. [acessado 2006 ago 22]. Disponível em: http://www.ufmt.br/cep_hujm/textos_para_estudo/declaracao_helsinque.htm
19. Koga M. *Programa Saúde da Família de Maringá: a opinião sobre a atenção à saúde mental* [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
20. Organização Mundial da Saúde. Organização Panamericana de Saúde. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2001.
21. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec; 2000.
22. Souza AC. *Em tempos de PSE... novos rumos para a saúde mental* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2004.
23. Brasil. Emenda 29 da Constituição da República Federativa do Brasil. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União* 2000; 14 set.
24. Alves DSN. Financiamento na saúde mental. *Rev Saúde* 2001; 2:26-27.
25. Lancetti A, organizador. *Saúde mental e saúde da família*. São Paulo: Hucitec; 2000.
26. Carvalho JM. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002.

Artigo apresentado em 26/03/2006

Aprovado em 04/07/2006

Versão final apresentada em 25/09/2006