UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

O Planejamento em Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica: Um estudo dos municípios da região oeste do Paraná.

NELSI SALETE TONINI

RIBEIRÃO PRETO
2 0 0 5

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

NELSI SALETE TONINI

O Planejamento em Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica: Um estudo dos municípios da região oeste do Paraná.

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica – Nível de Doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientadora: **Profª Dr.ª Luciane Prado Kantorski**

RIBEIRÃO PRETO
2 0 0 5

Bibliotecária Dirce Lucia Mestriner CRB 930/9

T665p Tonini, Nelsi Salete

O planejamento em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo dos municípios da região oeste do Paraná /Nelsi Salete Tonini. – Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2005.
236f.

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski.
Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo.
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP.,
2003.

1. Planejamento . 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Gestores. I.Universidade

FOLHA DE APROVAÇAO

Nelsi Salete Tonini

O Planejamento em Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica: Um estudo dos municípios da região oeste do Paraná.

Tese apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora.

Área de concentração: Enfermagem psiquiátrica

Aprovada em:

Banca Examinadora

Dra. Luciane Prado Kantorski (orientadora)

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dr._____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dr._____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dr._____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dr._____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICO este estudo a todos aqueles que acreditam no significado do que a Reforma Psiquiátrica nos traz no cenário do cotidiano da saúde e fazer dela um instrumento de paz, solidariedade e amor, garantindo assim uma prática assistencial aos portadores de sofrimento psíquico pautada no princípio da integralidade do cidadão e o respeito a sua diferença.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** pela força e persistência nos momentos de angústia.

A **Luciane Prado Kantorski**, minha orientadora, pelo carinho, amizade, compreensão e principalmente pela liberdade de expressão, permitindo que minha caminhada fosse concluída numa relação de troca e crescimento.

Ao meu filho **Luiz Carlos Paiva Junior**, pela paciência e compreensão devido as minhas constantes ausências, quando da escolha de sua carreira profissional.

Ao meu pai **Carlos Tonini,** pelo cuidado, carinho e atenção dispensada a mim e principalmente ao meu filho, durante a realização deste estudo.

Aos meus **Familiares** por entenderem que minha ausência nos encontros familiares foi por uma causa justa.

Ao meu amor **Unirio Pessali** pelo incentivo, carinho e apoio constante que me dedicou nestes momentos de crescimento pessoal e profissional.

Aos **professores e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto** que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse estudo.

As minhas amigas **Maristela, Beth, Janice, Gessi, Ulmara e Caldeira** pelos momentos de descontração tão necessários para mantermos nossa saúde mental.

Aos colegas da Universidade Paranaense – **UNIPAR** e da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – **UNIOESTE**, pelo incentivo, amizade e companheirismo, minha gratidão.

RESUMO

TONINI, Nelsi Salete. **O Planejamento em Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica**: **Um estudo dos municípios da região oeste do Paraná.** 2005. 236 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

Trata-se de um estudo qualitativo que teve como objetivo investigar o planejamento das ações de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica, bem como conhecer a compreensão dos gestores municipais de saúde acerca desse processo. Utilizamos como referencial teórico, para embasar este estudo, o Planejamento Estratégico Situacional proposto por Carlos Matus e os pressupostos da Reforma psiquiátrica. O estudo foi desenvolvido em nove municípios da região Oeste do Paraná. A coleta de dados deu-se por meio da análise documental dos Planos Municipais de Saúde e também pela realização da entrevista semi-estruturada com gestores municipais. O trabalho de campo foi realizado no período de julho a dezembro de 2004. Para discutirmos os dados referentes à análise documental utilizamos os momentos do Planejamento Estratégico Situacional e para organização e análise dos dados obtidos nas entrevistas utilizamos como técnica o Discurso do Sujeito Coletivo proposto por Lefèvre & Lefèvre. Construímos quinze Discursos do Sujeito Coletivo com fragmentos dos discursos individuais e nestes foram identificados treze temas geradores de significações. Em relação ao entendimento dos sujeitos sobre a reforma psiquiátrica percebemos que o consenso é de uma sociedade mais justa para estes indivíduos, quando apontam a humanização e a reintegração social como positividade da proposta da reforma. Quanto ao planejamento em saúde mental, percebemos que existem muitas dificuldades no sentido de sua utilização como ferramenta para a constituição e a consolidação de uma rede de atenção aos familiares e indivíduos portadores de transtornos psíquicos. No entanto, resgatamos na fala dos gestores os esforços e iniciativas que revelam um pensar estratégico no interior deste processo.

Palavras Chaves: Planejamento, Reforma Psiquiátrica, Gestores.

ABSTRACT

TONINI, Nelsi Salete. **Mental Health Planning in the Psychiatric Reform Context: a study of Parana's western Region Cities**. 2005. 236 pgs. Doctored Teses – Ribeirão Preto's Nursing School, São Paulo University, 2005.

This paper is about a quantitative study aimed to investigate mental heath action planning in the context of psychiatric reform, as well as, to know the municipal health administrator's conception on these processes. We made use of the Situational Strategic Planning proposed by Carlos Matus, and those involved with psychiatric reform, to encompass this study. The study took place in nine cities in the Western region of Paraná, Brazil. Data was collected from Health Municipal Plan documental analysis and from semi-structured interviews with municipal committee. Fieldwork was performed from July to December 2004. To confer documental analysis data we utilized Situational Strategic Planning instants, and for the organization and analysis of data obtained in the interviews, we used as a technique the Collective Subject Discourse proposed by Lefévre & Lefévre. We built fifteen Collective Subject Discourse with fragments from individual discourses, and in these, fourteen meaning generation themes were identified. In relation to the understanding of the subjects on psychiatric reform, we noticed that consensus is of a more fair society for these individuals when pointing to social humanization and integration as positiveness of the reform's proposed. As far as the planning on mental health, we noticed that there are many difficulties in the sense of its utilization as a tool for the constitution and consolidation of a care network to family members and individuals suffering from psychic disturbance. Nevertheless, it was perceived for the board's speeches initiatives and efforts that reveal a strategic thought in these processes.

Key Words: Planning, Psychiatric Reform, Management.

RESUMEN

TONINI, Nelsi Salete. **El planeamiento en Salud Mental en el Contexto de la Reforma Psiquiatría: um estudio de los municipios de la región oeste del Parana.** 2005. 236 h. Tese (doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, universidad de São Paulo, 2005.

Se trata de un estudio cualitativo que tuvo como objetivo investigar la planificación de las acciones de salud mental en el contexto de la reforma psiquiátrica, tal como conocer la comprensión de los administradores municipales de salud acerca de este proceso. Utilizamos como referencia teórica para la base de este estudio, la planificación Estratégica Situacional propuesta por Carlos Matus partiendo de la Reforma psiquiátrica. El estudio fue desenvuelto en nueve municipios de la región Oeste de Paraná. La recopilación de datos se dio por medio del análisis documental de los Planos Municipales de Salud, y también por la realización de entrevistas semi estructuradas con administradores municipales. El primer trabajo de campo se realizó de Julio a Diciembre del 2004. Para discutir los datos referentes al análisis documental, se utilizó el modelo de Planeamiento Estratégico Situacional y para la organización y análisis de los datos obtenidos en las entrevistas, se utilizó como técnica el Discurso del Sujeto Colectivo, propuesto por Lefévre & Lefévre. Se construyeron quince Discursos del Sujeto Colectivo, con fragmentos de los discursos individuales y en estos fueron identificados catorce temas significativos. En relación al entendimiento de los sujetos sobre la reforma psiquiátrica, se percibió que el consenso es de una sociedad mas justa para estos individuos, cuando aportan la humanización y la reintegración social como positivo en la propuesta de la reforma. En relación al planeamiento en salud mental, se percibe que existen muchas dificultades en el sentido de su utilización como herramienta para la construcción y la consolidación de una red de atención a los familiares e individuos portadores de trastornos psíquicos. Por lo tanto, se rescata la conversación de los administradores y los esfuerzos é iniciativas que revelan un pensamiento estratégico en el interior de este proceso.

Palaver's chaves: Planificación, Reforma Psiquiatrica, Gestores

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População por grandes grupos etários e índices de idosos segundo mesorregiões geográficas – Paraná – 2000.....82

Tabela 2 – Taxas médias geométricas de crescimento anual da populaçao segundo grupos etários e mesorregiões geográficas – Paraná – 1991 – 2000.....82

Tabela 3 – Razão de sexo segundo grupos etários e mesorregiões geográficas – Paraná – 2000.....83

Tabela 4 – Municípios da 10ª Regional de Saúde e respectiva população 94

LISTA DE QUADROS

Quadro1 – Algumas características que diferenciam o planejamento tradicional do PES..... 25

Quadro 2 – Modelos de sistemas e suas principais características..... 27

Quadro 3 – Internações Hospitalares do SUS em Psiquiatria mensalmente no município de Cascavel X Custo médio por AIH..... 36

Quadro 4 – Normatização por portarias do Ministério da Saúde..... 51

Quadro 5 – Perfil dos Municípios que compõem esse estudo..... 97

Quadro 6 – Sistematização e análise dos planos municipais de saúde conforme momentos do planejamento estratégico situacional (Catanduvas e Guaraniaçu)..... 107

Quadro 7 – Sistematização e análise dos planos municipais de saúde conforme momentos do planejamento estratégico situacional (Três Barras do Paraná, Céu Azul, Santa Tereza do Oeste, Ibema, Lindoeste, Nova Aurora)..... 108

Quadro 8 – Sistematização e análise dos planos municipais de saúde conforme momentos do planejamento estratégico situacional (Cascavel)..... 109

Quadro 9 – Categorias Internas (referente 1ª questão)..... 115

Quadro 10 – Categorias Internas (referente 2ª questão)..... 136

Quadro 11 – Categorias Internas (referente 3ª questão)..... 152

Quadro 12 – Categorias Internas (referente 4ª questão)..... 171

Quadro 13 – Categorias Internas (referente 5ª questão)..... 179

Quadro 14 – Categorias Internas (referente 1ª questão)..... 192

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do Estado do Paraná Dividido em Regionais de Saúde..... 65

Figura 2 - Distribuição das 22 Microrregiões do Estado do Paraná 92

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO..... 15

CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO..... 20

PERCURSO METODOLÓGICO..... 61
Tipo de Pesquisa..... 62
Local do Estudo..... 64
Sujeitos da Pesquisa..... 66
Instrumentos de Coleta de Dados..... 67
A entrevista semi-estruturada..... 67
Fonte documental..... 69
Organização e Análise dos Dados dos Sujeitos..... 69
Exemplo: Instrumento de Análise de Discurso (IAD) – 2
Questão Analisada: Qual seu entendimento sobre a Reforma Psiquiátrica?..... 73
Exemplo: Categoria Internas..... 74

RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 76
I - Descrição da realidade dos municípios pesquisados..... 77
II – Analise Documental – sistematização e analise dos planos municipais de saude conforme momentos do planejamento estrategico situacional..... 99
III – Análise do Discurso do Sujeito Coletivo –DSC..... 112

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 199

REFERÊNCIAS..... 204

APÊNDICE 1
Termo de consentimento livre e esclarecido..... 212

APENDICE 2
Instrumento para Coleta de Dados..... 214

APÊNDICE 3
Instrumento de Análise de Discurso (IAD) - 2
Questão Analisada: Qual seu entendimento sobre a Reforma Psiquiátrica?..... 215
Instrumento de Análise de Discurso (IAD) - 2
Questão Analisada: Explique como são identificados os problemas de saúde mental em seu município e quais os principais problemas na área de psiquiatria e saúde mental que seu município enfrenta hoje? 218

Instrumento de Análise de Discurso (IAD) - 2
Questão Analisada: Diante desses problemas identificados que ações seu município vem desenvolvendo nesta área?..... 222
Instrumento de Análise de Discurso (IAD) – 2
Questão Analisada: Como chegaram a essas ações e quem participou dessas decisões/ações propostas pela sua secretaria?..... 225

Instrumento de Analise de Discurso (IAD) – 2
Questão Analisada: Ao implantar as ações que dificuldades seu município vem enfrentando para desenvolvê-las?..... 227
Instrumento de Análise de Discurso (IAD) – 2
Questão Analisada: Que formas de acompanhamento e avaliação são adotadas com relação às ações de saúde mental no município?..... 231

ANEXOS
Parecer do Comite de Ética..... 236

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Estamos vivenciando na região Oeste do Estado do Paraná um dos mais importantes processos de transformação no campo da Saúde Mental e da Assistência Psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira caminhava a passos lentos, com algumas discussões ainda tímidas, provocadas pelo gestor Estadual no Paraná, por meio da 10ª Regional de Saúde, porém não era ainda uma necessidade percebida pelos gestores municipais, pois os pacientes portadores de transtorno psíquico estavam sendo atendidos nos serviços de referência.

Em 2002, ingressamos no Programa de Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto, com o intuito de desvendar o porquê da Reforma Psiquiátrica não avançar em nossa região. Isso consistia numa inquietação pessoal, pois, nesse período, estávamos atuando como responsável técnica no Programa de Saúde Mental, nesta Regional, e poucas discussões conseguíamos travar com os gestores.

Em novembro de 2003, o único hospital psiquiátrico da região fechou suas portas. Os 315 pacientes retornaram aos seus lares, aos seus municípios de origem, desencadeando os primeiros passos para uma transformação radical na forma dos familiares, técnicos e gestores assistirem o indivíduo com transtorno psíquico. Esse evento tornou-se uma discussão obrigatória para os gestores que tiveram que começar a pensar em possibilidades diferentes de assistir esses indivíduos, ou seja, diferentes possibilidades de acomodar essas pessoas em novos esquemas de referência (que até então era somente o esquema asilar).

Isso implicava na 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.

Assim nossa inquietação aumentou, e propusemos então, por meio desta investigação científica, trabalhar “O planejamento em Saúde no contexto da Reforma Psiquiátrica”, com o propósito fundamental de buscar informações sobre a possível utilização, mesmo que empírica, pelos gestores municipais, dos diferentes momentos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), bem como, visualizar a possibilidade de torná-lo uma ferramenta para a transformação nas políticas de Saúde Mental dos municípios.

Queremos que este estudo se torne um veículo efetivo de disseminação de idéias e projetos, de trocas e debates de experiências, que venha a contribuir com técnicos, políticos e acadêmicos no debate acerca das necessárias transformações que a região Oeste do Paraná necessita realizar no contexto das significativas transformações no campo da Reforma Psiquiátrica e da Saúde Mental. Espera-se ainda, que o estudo estimule esses sujeitos a buscarem métodos de trabalho que ajudem na implementação e na implantação efetivamente das propostas de mudanças deste campo.

Consideramos que o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), possa ser uma importante ferramenta para gestores, técnicos e usuários do serviço de saúde, pois este considera que as diferentes forças sociais têm diferentes

visões e explicações sobre a realidade, diferentes graus de poder sobre a mesma e, também, diferentes interesses, conforme sua inserção no processo social.

Entre as diferentes forças sociais há relações de conflito e alianças transitórias e complexas, assim concluímos que não há neutralidade no planejamento das ações no campo da Saúde Mental. O Planejamento Estratégico Situacional marca a ruptura com o enfoque normativo, trazendo a concepção do objeto do planejamento, ou seja, da realidade sobre a qual se dá o processo de planejamento, como um processo de mudança desejada.

Com o desenvolvimento da formulação estratégica, esse objeto, segundo Sá (1993), deixa de ser uma realidade exclusivamente objetiva, homogênea, regular, que pode ser apreendida em sua totalidade, e passa a se caracterizar pela contradição, pelo conflito, pela fragmentação e descontinuidade das interações sociais. Enfim, uma realidade que se redefine a cada momento em função da correlação de forças sociais que a compõem e que apresenta problemas, em sua maioria, não muito bem estruturados. Partindo desse entendimento da realidade sobre a qual o Planejamento visa atuar é que estruturamos a presente pesquisa.

Neste sentido, para fins de sistematização o estudo encontra-se dividido em capítulos.

No primeiro capítulo trazemos a Construção do Objeto de Estudo, tendo como ancora a Reforma Psiquiátrica e o Planejamento Estratégico Situacional.

No segundo capítulo, abordamos o Percurso Metodológico e as bases conceituais do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC, as quais permitiram construir a análise deste trabalho de cunho investigativo.

No terceiro capítulo, apresentamos os Resultados e Discussões, que foram divididos em três momentos, a saber: Descrição da realidade dos Municípios pesquisados; Análise documental onde consta a discussão sobre os Planos Municipais de Saúde dos municípios estudados; Análise do Discurso do Sujeito Coletivo; neste, apresentamos os 15 discursos sistematizados a partir da fala dos gestores municipais. Desses Discursos do Sujeito Coletivo emergiram 13 temas geradores de significações, os quais encontram-se descritos, problematizados, enfim analisados no interior do texto.

Por fim, trazemos as considerações finais, etapa fundamental para finalizarmos este trabalho científico, resgatando as potencialidades e limites da utilização do Planejamento Estratégico Situacional no processo de transformação da atenção em saúde mental.

CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O presente estudo tem como tema o Planejamento em Saúde Mental nos Municípios de uma regional de saúde no contexto da reforma psiquiátrica[1]. O planejamento é abordado a partir do seu propósito de crescimento, ou seja, de pensar o futuro, calcular a ação presente para atingir uma finalidade em relação à construção de uma política local de saúde mental, à organização de serviços extra-hospitalares; ao monitoramento dos indivíduos em sofrimento psíquico e seus familiares e à formação de profissionais em saúde mental.

O planejamento estratégico, segundo Amarante (2002:127) se justifica, pois devemos levar em consideração que o ator que planifica está dentro da realidade e se relaciona com outros atores que também planejam, diferentemente do método normativo, no qual o planejador é um indivíduo separado da realidade, porém com pretensões de controlá-la como se fosse um objeto. *"*Situação é o lugar onde estão os atores e suas ações. É a explicação da realidade que realiza uma força social em função de sua ação e luta com outras forças sociais*".*

Estratégia, segundo Amarante (2002:138),

> [...] é aqui entendida como um sistema maleável de referências teóricas e práticas, provenientes dos saberes científicos e não científicos, que não implicam em qualquer pretensão de conhecimento da verdade, mas em linhas de contato/experiência com a realidade vivida.

O cenário escolhido para delimitar nosso objeto de estudo é a região Oeste do Paraná, mais precisamente 9 municípios que compõem o Módulo Assistencial de

---

[1] Reforma Psiquiátrica, no nosso entendimento, é o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade para com o doente. A reforma psiquiátrica que estamos construindo vai das transformações na instituição e no poder médico psiquiátrico até as práticas em lidar com as pessoas portadoras de problemas mentais. AMARANTE. P. Algumas reflexões sobre ética, cidadania e desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. In: Saúde em Debate. 45:43-46 dez. 1994.

Cascavel da 10ª Regional de Saúde. Em parte, essa opção se justifica por termos uma ligação mais próxima com esta realidade, pois já atuamos como responsável técnica no Programa de Saúde Mental desta Regional de Saúde, durante o período de outubro de 2001 a maio de 2003.

Com relação à atenção à saúde voltada aos indivíduos portadores de sofrimento psíquico, exceto o município de Cascavel, todos os outros se utilizam do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP), para encaminhamento desses indivíduos ao acompanhamento com psiquiatra. Esses Municípios desenvolvem, também, atividades por meio das Equipes de Saúde da Família, as quais vem fazendo a busca ativa, orientação aos familiares e muitas vezes administrando o medicamento no próprio domicílio. Dois municípios possuem atendimento psicológico com intuito de prevenir surtos e acompanhar o convívio desses indivíduos com seus familiares.

O município de Cascavel, que, neste módulo é município sede conforme o Plano Diretor de Regionalização do Estado do Paraná, encontra-se em fase de organização e implantação de uma rede de serviços em saúde mental. Mesmo existindo um Plano Municipal de Saúde Mental desde 2001, o mesmo só começou a ser efetivado a partir de 2003, sendo tal processo desencadeado após o fechamento do único Hospital Psiquiátrico da cidade credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com 315 leitos. Esse hospital atendia toda a região que compõe a 10ª Regional de Saúde, e tal fato levou Cascavel a acelerar o processo de implantação do Plano Municipal de Saúde Mental, já aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

O Município de Cascavel é considerado centro de referência para a região no segmento da saúde, dispondo de todas as especialidades médicas, hospitais e laboratórios bem equipados. O atendimento primário é feito nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são hoje em número de trinta e três, distribuídas nos diversos bairros e distritos do município, e nas 10 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo duas na zona urbana e oito na zona rural, que prestam atendimento médico, de enfermagem, de serviço social, odontológico e de Agentes Comunitários de Saúde (CASCAVEL, 2001).

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 a porta de entrada para os portadores de transtornos psiquiátricos.

O município conta hoje com os seguintes serviços:

Um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi);

Um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad);

Um Centro de Atenção em Saúde Mental (CASM), o qual foi criado para dar suporte aos familiares e pacientes em sofrimento psíquico, as UBS e USF (devido ao fechamento do hospital psiquiátrico).[2]

Atendimento de emergências no Pronto Atendimento Continuado (PAC);

Assistência farmacêutica centralizada na farmácia básica municipal, que realiza a dispensação de medicamentos para a rede pública;

[2] O CASM está em processo de transformação para Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II).

Atendimento de consultas por meio do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP), (CASCAVEL, 2001).

O momento vivido pela Saúde, principalmente pelo setor de Saúde Mental, em que o processo de transformação tem sido fortemente marcado pelo debate em torno do que se tem denominado de “Reforma Psiquiátrica”, vem sendo discutido nos diversos segmentos da sociedade. Pitta (2001) e Amarante (2002) discutem sobre a importância de se pensar a organização dos serviços de Saúde Mental na lógica do território e, neste sentido, enfatizamos que a planificação estratégica é uma possibilidade metodológica que precisa ser mais explorada. Como afirma Carlos Matus (1993), toda a ação deve ser precedida de um cálculo que transcende a visão normativa. A planificação estratégica é uma questão de raciocínio estratégico, válido, inclusive no campo da vida prática (FELISBINO; NUNES, 2000).

Corroboramos com Amarante (2002), quando nos traz que as propostas do planejamento estratégico objetivam acumular poder para os dominados e propõe mudanças nas relações de poder por meio da formação de uma consciência sanitária social e de classe. Isso consiste numa proposta de redistribuição de poder, com o intuito de constituir a população em ator social, no momento em que ela participa da sua organização e nos debates sobre saúde. Por isso, o grande mérito do enfoque estratégico consiste em uma visão da planificação como uma relação entre um ator e um sistema controlável.

A Planificação Estratégica é um enfrentamento de vontades sociais ou a confluência de vários interesses/eixos sociais e dela resultando um único interesse real, fruto da história. A principal função da planificação é captar tal interesse social e ajudar na sua construção (RIVERA, 1992).

Estabeleceu-se, neste estudo, o Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto por Matus (1993), como suporte teórico, por este possibilitar uma reflexão das práticas de organização dos serviços de saúde mental. Segundo Oliveira (2002), o planejamento pode ser conceituado como um processo que visa o desenvolvimento de ações que viabilizam o alcance de uma situação desejada de um modo mais eficiente[2], eficaz[3] e efetivo[4].

Para melhor abordar este tema, inicialmente, trazemos o **quadro 1**, extraído de Matus (1996a), que compara as diferenças entre o planejamento tradicional e o Planejamento Estratégico Situacional.

Quadro 1 – Algumas características que diferenciam o planejamento tradicional do PES

PLANEJAMENTO TRADICIONAL	PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL
Determinista (predições certas)	Indeterminista (predições incertas)
Objetivo (diagnóstico)	Subjetivo (apreciação situacional)
Predições únicas	Várias apostas em cenários
Plano por setores	Plano por problemas
Certeza	Incerteza e surpresas
Cálculo técnico	Cálculo tecnopolítico
Os sujeitos são agentes	Os sujeitos são atores
Sistema fechado (metas únicas)	Sistema aberto (várias possibilidades)
Teoria do controle de um sistema	Teoria da participação em grupo

Fonte: O Método PES – Roteiro de Análise Teórica (material elaborado para o curso "Governo e Planejamento" – FUNDAP – Fundación Altadir).

[2] Eficiência: É uma medida normativa da utilização dos recursos nesse processo, é uma relação entre entrada e saídas, é uma relação entre custos e benefícios (Chiavenato, 2000:29).
[3] Eficácia: É uma medida normativa do alcance de resultados, se refere à capacidade de satisfazer uma necessidade da sociedade por meio do suprimento de seus produtos (bens ou serviços) (Chiavenato, 2000:129).
[4] Efetivo: Ações permanentes, que atendam o grau de satisfação das necessidades e desejos dos clientes por meio dos serviços oferecidos (PRAZERES, 1996).

Matus (1996a) advoga que o planejamento tradicional é importante para lidar com a complexidade da realidade social, por ter sido concebido com princípios deterministas, em que o cálculo se baseia na predição e não considera a capacidade de planejamento de outro ator nem a ocorrência de surpresas ou a existência de incertezas, enquanto a realidade é um sistema complexo de incerteza dura, com problemas quase-estruturados, conforme apresentado no **quadro 2**.

Chama-se de incerteza dura pela precariedade de previsão do futuro, uma vez que, dada à complexidade do contexto de um determinado problema, o leque de desdobramentos, assim como as conseqüências das atitudes do gestor, são inúmeras: alguns conhecidos, outros possíveis de prever e grande parte desconhecida. Além disso, há situações inimagináveis que ocorrem no meio de um processo e que, freqüentemente, pegam de surpresa o gestor menos avisado, os chamados incêndios. O método nos reporta a encarar a realidade com todas essas nuances em que, obviamente, não é possível trabalhar com relações diretas de causa e efeito.

Quadro 2 – Modelos de sistemas e suas principais características

MODELOS DE SISTEMAS	CARACTERÍSTICAS	TIPO DE PROBLEMA
I- Determinista puro	Um só passado, um só futuro, segue somente leis. A predição exata é possível. Ex: movimento de um astro em órbita.	Bem-estruturado
II– Estocástico	Segue leis probabilísticas, a cada possibilidade é associada uma probabilidade conhecida. Ex: Leis de Mendel sobre hereditariedade.	Bem-estruturado
III- Incerteza quantitativa	As possibilidades podem ser enumeradas, mas não é possível atribuir-lhes uma probabilidade objetiva. Ex: no jogo do coelho num círculo de 10 casinhas, sabe-se o número de possibilidades, mas não a probabilidade de ele entrar em cada casa.	Bem-estruturado
IV– Incerteza dura	Somente algumas possibilidades podem ser enumeradas e não é possível atribuir nenhuma probabilidade. Ex: qualquer prognóstico sobre o futuro dentro do contexto social.	Quase-estruturado

Fonte: O Método PES – Roteiro de Análise Teórica (material elaborado para o curso “Governo e Planejamento” – FUNDAP – Fundación Altadir).

O PES mostra-se adequado para lidar com os problemas quase-estruturados dos sistemas de incerteza dura, por respeitar os requisitos básicos necessários ao planejamento em sistemas complexos. Dessa forma, reconhece a existência de outros atores em situação, reconhece sua capacidade de planejamento e explica a realidade a partir dessa ótica.

O planejamento dispõe de métodos para lidar com surpresas e diferenciar os problemas bem-estruturados dos quase-estruturados, reconhece a existência de recursos escassos, políticos, econômicos, cognitivos e organizacionais, útil para

tomada de decisões no presente e preparado para renovar o cálculo sobre o futuro, de acordo com as mudanças da realidade.

Acreditamos ser necessário uma abordagem das condições a que o gestor municipal deve estar atento, no sentido de garantir efetividade as ações desenvolvidas em seu governo, pois governar, segundo Matus (1993), ou conduzir é algo muito complexo, que não pode ser reduzido inteiramente a uma teoria. É uma arte, mas não é pura arte. Para governar exige-se cada vez mais um certo domínio teórico sobre os sistemas sociais. O condutor dirige um processo para alcançar objetivos que escolhe e altera segundo as circunstâncias de seu projeto, superando dificuldades de maneira ativamente resistente – governabilidade do sistema. E para vencer essa resistência com sua força limitada, o condutor deve demonstrar capacidade de governo.

Governar, então, para Matus (1993) exige a constante articulação de três variáveis, que é chamado de Triângulo de Governo, quais sejam:

O projeto de governo ou proposta de governo – consiste na seleção de problemas que o gestor se dispõe a enfrentar durante seu período de governo e a estratégia escolhida para esse enfrentamento. A escolha dos problemas deve ser criteriosa, estratégica, pois implica na capacidade de resolvê-los e na viabilidade política desse enfrentamento, assim como a obtenção de resultados dentro do período de governo do gestor;

Sua capacidade para governar - o elenco de qualificações reunidas pelo gestor e seu *staff* administrativo que lhes conferem a competência necessária à compreensão, elucidação e enfrentamento de problemas, que são bagagem intelectual, experiência, capacidade pessoal e institucional de governo, para

conduzir o processo social a objetivos declarados, dados à governabilidade do sistema e ao conteúdo propositivo do projeto de governo.

A governabilidade – diz respeito à relação entre o peso das variáveis que o ator controla e o das que não controla somada à capacidade de percepção que o gestor têm dessa relação, ou seja, de sua limitação quanto ao controle majoritário de determinada situação. É essa capacidade de percepção que lhe possibilita identificar entre os atores envolvidos aqueles que tem maior controle da situação, as alianças possíveis, os enfrentamentos inevitáveis, as operações mais viáveis, enfim, abre a possibilidade para uma análise estratégica da seleção de problemas (MATUS, 1993).

No triângulo de governo diferenciam-se variáveis que são, por um lado, distintas e, por outro, variáveis que se entrelaçam e condicionam-se mutuamente para compreender a complexidade do processo de governo com unidade comum às três variáveis.

A adoção do PES como suporte teórico para este trabalho científico se justifica pela sua coerência com o processo social em que se produz e se contextualiza a saúde na sociedade. Contrariamente ao planejamento tradicional, dito normativo, o método do PES trabalha com a complexidade da realidade, admite que não há um conhecimento único e que a explicação da realidade depende da inserção de cada ator que participa do problema, sendo assim parcial e múltiplo. O outro diferencial que apresenta em relação ao método tradicional é a abordagem de outras dimensões além da econômica, como a capacidade administrativa e o conhecimento.

Assim, este referencial pode servir de guia para a elaboração de planos sobre as transformações das práticas de saúde mental, permitindo um direcionamento do sistema local, com o intuito de diminuir e ou sanar as dificuldades encontradas pelos gestores e técnicos na elaboração de planos de saúde.

Segundo Acúrcio et al. (1998), as bases teóricas do PES proposto por Carlos Matus se delineiam em três conceitos fundamentais, que são: ator social, situação e produção social.

Ator social é uma personalidade, uma organização, ou um agrupamento humano, entendido como um coletivo de pessoas que participam de determinadas situações, têm organização minimamente estável, são capazes de intervir nesta situação e têm um projeto. Para Laluna e Ferraz (2003:774) “o homem de ação, implícito no conceito de ator social, é criativo e inserido em uma realidade, em interação com os outros, o que lhe possibilita ser estratégico na construção de projetos e na intervenção”.

Nessa perspectiva, a ação é entendida como sendo situacional, passível de interpretações diversas e da auto-referência dos atores envolvidos. A ação somente é concreta numa situação concreta e ai se define com distintos significados para os diversos atores sociais.

Situação Matus (1993) traz o conceito de situação como sendo a explicação da realidade segundo a visão de um determinado ator social. Com esta definição Matus (1993) contrapõe-se ao diagnóstico tradicional, que acreditava ser possível existir uma única compreensão da realidade, negando a possibilidade de diferentes visões, as quais geralmente geram conflitos.

A realidade apresenta-se como dada num certo momento da formação social. Para Laluna e Ferraz (2003), situação é um recorte da realidade, percebido pelo ator, pois remete ao espaço territorial em que os atores e a ação se encontram, sendo, portanto, produto de constante conflito, com intuito de manter, reproduzir ou transformar uma dada realidade.

Produção Social este conceito reporta-se à forma de produzir e reproduzir de uma sociedade historicamente situada. Trata-se de uma construção de atores que estão expostos a certas condições e limitações. Laluna e Ferraz (2003) entendem por produção social um sistema em que toda a ação efetuada por um ator social utiliza-se de recursos econômicos, de poder e de aplicações de conhecimentos.

Essas mesmas autoras entendem que o PES, por ser um método de processar problemas, tem grande aplicabilidade na gestão em saúde, uma vez que o trabalho, nessa área, trata de problemas complexos e não estruturados. O problema pode ser entendido como uma necessidade não satisfeita, desde que se tenha consciência desta e desejo de satisfazê-la. No entanto, em determinadas situações, o que é problema para um ator pode ser oportunidade para outro.

Sendo assim, o planejamento é um método de trabalho que visa o estabelecimento de um conjunto de providências a serem tomadas para a situação em que o futuro tende a ser diferente do passado, constituindo-se num instrumento que leva a um exercício mental que é executado pelas organizações por meio de seus colaboradores. Um modo de pensar, indagar e questionar sobre o que, como,

quando, para quem, por que, por quem e onde fazer, envolve a prática do planejamento.

A necessidade de planejar, organizar e programar ações de saúde, independente do método utilizado, tem sido uma demanda crescente nas últimas décadas. No entanto, planejar não é uma questão simples e nem consensual, se considerarmos as pontuações de Merhy (1995:117):

> [...] Um olhar mais cuidadoso mostra que sob essa denominação há histórias, conhecimentos, propostas e experiências muito distintas, que se não forem levadas em conta acabam por gerar simplificações na maneira de tratar as questões que o tema suscita. Por um lado, há os que acreditam que o planejamento tem força e a potência de solucionar os problemas das intervenções dos homens no mundo, com base em boas receitas de como se deve atuar; por outro lado, há os que afirmam que o planejamento é um instrumento a serviço da dominação social.

Assim, Carlos Matus propõe, por meio do Planejamento Estratégico Situacional, deslocar o método de ação da situação real dos sujeitos histórico-sociais, transformando o próprio método em sujeito.

A busca de uma mudança de modelo de atendimento ao indivíduo em sofrimento psíquico que o setor saúde vem experimentando, tem demonstrado que o processo histórico da reforma psiquiátrica, compreendida como transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais, é marcado por tensões, desafios e conflitos.

As propostas e estratégias para efetivar e consolidar um modelo de atenção em saúde mental de qualidade e com participação e controle social, buscando transformar as formas de lidar com a experiência da loucura, e de produzir novas possibilidades de vida e de relações sociais, vem sendo elaboradas na prática dos serviços substitutivos nos municípios, na política, por meio de normatizações do

Ministério da Saúde e na constituição de espaços como Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde Mental (BRASIL, 2002a).

Diante disso, pensamos que o PES é o instrumento que atua basicamente sobre o presente, sobre a conjuntura. A utilização da planificação estratégica permite identificar os problemas de saúde, selecionar aqueles de maior prioridade, estabelecer os objetivos que visem modificar a situação encontrada, determinar as ações a serem desenvolvidas para o alcance dos objetivos fixados e avaliar os resultados obtidos pela aplicação da estratégia de intervenção adotada.

Conforme Amarante (2002:137):

> [...] as estratégias para o planejamento em saúde mental têm algumas características que devemos considerar, que dizem respeito à natureza do saber e da Instituição Psiquiátrica, ao conceito de desinstitucionalização e, à discussão sobre a invenção de novas tecnologias de cuidado.

Para esse autor, ao falar sobre planejamento em Saúde Mental, é imprescindível refletir sobre a natureza e sobre o processo de constituição histórica do saber psiquiátrico do qual faz parte a relação com a instituição asilar.

Os processos de desinstitucionalização partem da necessidade de pôr em discussão as instituições criadas – ou seja – os asilos, manicômios, hospitais psiquiátricos, e a própria noção de doença mental. Para Basaglia (1985), a doença mental deveria ser estrategicamente separada da noção de loucura, esta última entendida como contradição humana.

Para Amarante (2002), a definição e as classificações de doença mental partem de pressupostos da segregação e da institucionalização jamais questionados nem explicitados pelo saber médico psiquiátrico. A condenação moral e a privação

da liberdade pessoal precederam à discussão sobre o fenômeno da loucura, passando então a loucura a ser equivalente à doença mental, a qual continua a se reproduzir e a embasar o saber psiquiátrico.

Ao propor um planejamento de ações e políticas de saúde mental, é preciso considerar com que saberes e técnicas, com que serviços, com que técnicos as ações de saúde vão operar no território, para ouvir histórias, entender sofrimentos. Além disso, é necessário saber como serão organizadas e oferecidas as atividades terapêuticas no espaço territorial.

Com relação à organização da rede de serviços em saúde mental é importante assinalar que o hospital psiquiátrico, segundo Amarante (2002), ainda detinham, no início da década de 90, papel claramente hegemônico no conjunto dos serviços, decorrente de fatores históricos, econômicos e da conformação do sistema de saúde brasileiro.

Amarante (2002) aponta que as internações por transtornos mentais vêm apresentando, nos últimos anos, um dos maiores gastos com a rede hospitalar do Sistema Único de Saúde, não obstante a ineficiência e ineficácia da assistência em saúde mental prestada. Conforme dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2005), a estimativa do gasto público com ações e serviços de saúde geral revela que, em 2000, houve um aporte de R$ 34 bilhões pelos governos; o Federal corresponde a R$ 20,4 bilhões; o Estadual a R$ 6,3 bilhões e o Municipal a R$ 7,4 bilhões, o que equivale a R$ 201,00 por habitante/ano.

Na maioria das unidades da Federação verificou-se que os recursos federais são responsáveis por mais de metade do financiamento deste gasto.

Em 2001, a despesa federal média por internamento no SUS foi de R$ 433,00 com variações entre R$ 295,00 na Região Norte e R$ 514,00 na Sudeste. No conjunto, as médias mais altas são dos grupos de alta complexidade e de ações estratégicas, que atingem R$ 2.263,00 e R$ 1.390,00 respectivamente. Em termos de especialidades, o maior gasto médio por internação ocorreu em **psiquiatria**[5] (R$ 1.296,00) e cuidados prolongados (R$ 5.232,00), enquanto o menor valor refere-se às despesas com obstetrícia, que atingem a média de R$ 254,00 para o Brasil, apresentando distribuição mais homogênea entre as regiões (BRASIL, 2005).

No estado do Paraná, em 2001, os valores pagos à área de saúde mental foram de 44 milhões em internações psiquiátricas, 2 milhões em serviços ambulatoriais como centros dias (NAPS- Núcleo de atenção psicossocial e CAPS- Centro de atenção psicossocial). Nesse mesmo ano, foram realizadas 36.630 internações. Contudo, no mesmo período, se contarmos com as chamadas Autorização de Internamento Hospitalar de Continuidade (AIHs), teremos um número de internamentos da ordem de 72.737 só na área de saúde mental, representando 10,30% de todas as AIHs emitidas no Estado, sendo que o custo médio de uma AIH da área de saúde mental no Estado do Paraná é de R$ 607,39 (PARANÁ, 2005a). O quadro abaixo mostra o número de internações hospitalares pelo SUS na área da psiquiatria e o custo de AIHs emitidas mensalmente pelo município de Cascavel.

[5] Grifo nosso

Quadro 3 – Internações Hospitalares do SUS em Psiquiatria mensalmente no município de Cascavel X Custo médio por AIH.

Mês e Ano de Referencia	Nº de AIHs Emitidas	Valor Médio de AIH (CR$)	Total Mensal (CR$)
Fevereiro/2002	442	539,92	238.644.64
Fevereiro/2003	503	485,53	244.221.59
Fevereiro/2004	NR*	NR	
Fevereiro/2005	NR*	NR	

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS).*O Hospital Psiquiátrico do município de Cascavel fechou em novembro de 2003, ele detinha 100% das AIHs nesta especialidade.

Diante dessa realidade, as denúncias de violação dos direitos humanos e de cidadania dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos somam-se a esses indicadores, consolidando no senso comum à necessidade da reversão do modelo assistencial baseado na exclusão e no isolamento.

Os dados apresentados permitem vislumbrar os desafios a serem enfrentados nos próximos anos, em que ainda conviveremos com doenças resultantes da pobreza extrema e os males resultantes, principalmente, de variáveis comportamentais e atitudinais associadas ao mundo contemporâneo. Isso reforça a importância da adoção de diferentes formas de enfrentamento, em termos não somente de assistência/tratamento/reabilitação, mas, principalmente, de implementação de políticas e ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Pensamos então que a proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira constitui-se na principal diretriz da Coordenação da Saúde Mental do Ministério da Saúde, e que as resoluções que norteiam essas diretrizes são a Declaração de Caracas e os relatórios finais da I, II e da III Conferências Nacionais de Saúde Mental.

Acreditamos que a utilização do enfoque do Planejamento Estratégico Situacional no campo da saúde mental é uma forma de pensar e conceber o planejamento mediante o desenvolvimento de um conjunto de categorias, capazes de representar as relações direcionadas e causais de problemas possíveis de intervenção social por parte de um ator (MATUS, 1993:201-202).

O referencial teórico adotado, neste estudo, consiste no planejamento estratégico situacional, de modo a adequá-lo à especificidade de uma problemática concreta, ou seja, ao desenvolvimento das ações de Saúde Mental pautada no contexto da Reforma Psiquiátrica.

Quando pensamos na possibilidade dos gestores municipais adotarem o PES na estruturação da rede de serviços em Saúde Mental, embasamo-nos na lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira nº 10.216 de 6 de abril de 2001, que traça uma diretriz geral de reorientação do modelo de saúde pública neste subsetor, com substituição progressiva do aparato hospitalocêntrico, determinando que os governos devem investir nos recursos comunitários e no sistema ambulatorial.

O artigo 5º da Lei nº. 10.216 diz o seguinte:

> [...] O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente, e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Parece-nos claro que o Estado tem responsabilidade de prover política especifica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida ao portador de

transtorno psíquico, o que inclui a garantia do atendimento em ambiente comunitário e os insumos adequados de suporte social.

Segundo Pitta (2001), vislumbrar uma rede de serviços que atenda as pessoas com sofrimento psíquico é um desafio que mexe com desejos e utopias de enfrentar injustiça, iniqüidade e exclusão social, transformando-os em ajuda, equipes e serviços decentes que melhorem as chances de boa qualidade de vida dessas pessoas.

Para Pitta (2001:279) é necessário:

> [...] 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 de sensibilidade [...] capaz de fazer equipes e serviços acompanharem as pessoas e as suas necessidades, em estratégias que costumam aliar programas de humanização do atendimento e de processos de trabalho em saúde.

Quando pensamos se é possível planejar ações de saúde mental numa realidade atravessada por contradições, verificamos que por meio do planejamento estratégico torna-se viável a constituição de estratégias de explicitação e superação de parte dessas contradições. Para Matus (1993), o planejamento é necessário e possível de ser aplicado em qualquer situação-problema.[6]

Segundo Amarante (2002), a mudança sócio demográfica da população brasileira (envelhecimento populacional, aumento da população urbana), o agravamento das condições socioeconômicas e a conseqüente queda na qualidade de vida relacionam-se ao aumento das taxas de prevalência dos transtornos mentais na população. Tal situação pode se agravar nos próximos anos e décadas, caso não

---

[6] Situação-problema – é um problema tomado como referência central no debate entre as forças sociais e no desenho das operações para enfrentá-lo. MATUS, Carlos.Política, **Planejamento e Governo.** IPEA, Brasília, 1993, p. 581.

ocorra uma efetiva intervenção em nível das políticas socioeconômicas e do setor saúde.

Amarante (2002:202-203) lembra que as estratégias principais para a implementação articulada em conjunto com as secretarias de saúde dos estados e municípios brasileiros, englobam as seguintes ações:

> [...] estabelecimento, para área de saúde mental, de mecanismos de financiamento das ações e serviços compatíveis com as mudanças no financiamento setorial e com o processo de descentralização em curso, com base nos preceitos da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8080/90);

- consolidação das orientações emanadas dos documentos normativos do nível federal, junto aos estados da Federação, visando a qualificação da assistência prestada;

- apoio técnico aos estados, para o desenvolvimento das ações de supervisão, controle e avaliação da rede assistencial, incorporando nessa atividade os conselhos profissionais da área de saúde e os representantes das associações de usuários e familiares;

- subsidiar o Conselho Nacional de Saúde na constituição da Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica, com composição paritária, envolvendo governo e prestadores, usuários e sociedade civil organizada;

- estabelecimento de programas, de caráter intersetorial, para a clientela dos chamados crônicos/cativos, residentes nos hospitais psiquiátricos;

- fortalecimento do intercâmbio internacional, sob a orientação da Organização Mundial de Saúde e da Organização Panamericana de Saúde;

- estabelecimento de um programa de capacitação de Recursos humanos, voltados para um modelo assistencial não manicomial;

- difusão ampla do relatório da II e III Conferência Nacional de Saúde Mental;

- estímulo à revisão da legislação psiquiátrica.

Nesse sentido, optamos por enfatizar no estudo a utilização do enfoque do Planejamento Estratégico Situacional (PES), na organização de serviços e políticas específicas em saúde mental para dar conta da nova proposta de atendimento aos indivíduos em sofrimento psíquico.

O planejamento estratégico situacional consiste num método que, segundo Matus (1993), não pode simplesmente adaptar-se à informação disponível, às organizações existentes e ao estilo de práticas estabelecidas. Um novo método demanda novas informações, novas organizações, novas práticas e novas mentalidades. Sendo assim podemos dizer que o PES pode ser válido para formações sociais que apresentam alguns dos seguintes problemas:

a) a reprodução do sistema é conflitante, pois o planejamento pode ser entendido como um jogo no qual diferentes atores podem ter diferentes interesses ou projetos em relação a uma determinada situação na qual necessariamente se pressupõe a existência de conflitos e incertezas. Na questão da reforma psiquiátrica temos situações de conflito entre gestores municipais, proprietários de hospitais psiquiátricos, profissionais da saúde e familiares, necessitando da formulação de estratégias para se lidar com eles e viabilizar soluções;

b) algumas forças sociais de peso atuam com o objetivo de reformar ou transformar o sistema; nesse caso; temos a influência de políticos locais que interferem na organização dos serviços e/ou na criação de políticas

específicas de saúde mental, no sentido de dificultar ou mesmo inviabilizar a constituição de uma rede de serviços substitutivos;

c) as relações do sistema planejadas com outros sistemas são conflitantes, pois são relações de dependência, dominação ou mistas; neste caso podemos citar dentro da proposta de reforma psiquiátrica as relações entre os sistemas Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, pois principalmente os municípios que são os responsáveis por colocar em prática a nova proposta ficam na dependência de recursos financeiros do nível Federal e Estadual, o que acarreta uma dependência muito grande na efetivação das ações propostas[7]

d) os objetivos dos atores que planejam são algo mais que meras conquistas econômicas, mensuráveis em termos de contabilidade. Esses objetivos muitas vezes vêm ao encontro e anseios da população;

e) reconhece a existência de oponentes em luta, como conseqüência do item a e b, surge então a necessidade do enfoque do planejamento a partir de qualquer posição de poder, do governo, do estado ou da oposição, e por qualquer força social; reconhece-se também que os atores não são homogêneos e que os oponentes podem estar no interior de um mesmo ator.

Para Matus (1993:202) ficou evidente a aplicabilidade do PES em casos de governos democráticos, nos quais existem diversos atores em situação de poder compartilhado, o enfoque é aplicável em qualquer caso de condução, em situações

[7] O Ministério da Saúde vem criando linhas de financiamento extra-teto municipal para os serviços substitutivos, no entanto, os municípios ainda encontram dificuldades para implantação da rede de serviços em saúde mental e captação destes recursos.

de conflito de graus e tipos diversos “ele é especialmente pertinente num sistema democrático em que um ator nunca tem poder absoluto. O planejamento situacional é um planejamento democrático”.

Buscando identificar esses problemas que o autor coloca, podemos visualizar na prática as situações de conflito quando pensamos em planejar uma rede de serviços em saúde mental. Entendemos que o planejamento não é assunto somente de quem está na posição de gerente, pois ele envolve a instituição como um todo, e isso gera um movimento de mudanças que esse método poderia propiciar, além de uma riqueza e um potencial de criatividade insubstituível.

Nesse caso, o conflito aparece sob formas distintas no processo de reforma psiquiátrica, atores que se mostram favoráveis por conhecerem bem a proposta, atores que se mostram contra por alimentarem outros interesses (manutenção da rede hospitalar psiquiátrica como porta de entrada no Sistema Único de Saúde). O conflito é interessante no momento em que ele explicita os diferentes interesses. Especialmente aqueles que vêm em detrimento do interesse coletivo, ou seja, da definição de uma política que possa responder as diferentes demandas dos usuários e das equipes de cuidados.

O conflito, para Matus (1993), visa diminuir o peso relativo da força dos atores com interesses contrários. Tendo os atores conhecimento das restrições, deve-se conceber uma estratégia em busca do consenso, os atores cedem parte de seus interesses em troca do resultado esperado. Esses conflitos precisam ser enfrentados e implicam que o ator social ganhe a vontade de outros atores para sua própria posição, seja pelo peso de sua argumentação, seja pela força de sua ideologia.

Em relação à existência de forças contrárias na construção de um planejamento em saúde mental, gerando conflitos ocasionados por relações de dependência e dominação, não podemos deixar de expor que não basta apenas desfazer o aparato manicomial e a cultura manicomial ainda hegemônica no cenário psiquiátrico, mas, sobretudo construir uma nova maneira de a sociedade lidar com a "loucura". A desconstrução do manicômio implica em reinventar não só a psiquiatria, mas a própria sociedade em que vivemos, e essas tarefas são geradoras de conflito num processo de construção de um planejamento.

Na prática, podemos perceber claramente as forças sociais de peso que se colocam em contraposição quando da defesa da construção de uma rede de serviços abertos, extra hospitalares em saúde mental, em que as noções de cidadania (liberdade, igualdade, autonomia, racionalidade) e de loucura (constrangimento, diferença, dependência, irracionalidade) não caminham numa mesma direção, ocasionando impasses importantes para o avanço da reforma psiquiátrica.

Acreditamos que o Planejamento Estratégico Situacional consista numa possibilidade para os diferentes atores direcionarem suas ações de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica, pois ele reconhece a existência de diversos atores em situações de poder compartilhado.

O enfoque metodológico, que Matus (1993) propõe está constituído por quatro momentos básicos:

a) Momento Explicativo;

b) Momento Normativo;

c) Momento Estratégico;

d) Momento Tático Operacional.

Segundo o autor, esses quatro momentos encadeiam-se em seqüências que se alteram, constituindo-se num processo contínuo.

O Momento Explicativo corresponde a explicar a realidade a nossa volta. Na prática, explicar a situação presente significa considerar a validade do conjunto de problemas relevantes com base nos quais foi sendo conduzida a intervenção sobre o sistema. Explicar significa compreender o processo de inter-relação entre os problemas, para se ter uma visão global do sistema que os produz. É precisar o valor que esses problemas têm para os distintos atores sociais e a população em geral. O valor de um problema é a importância que ele tem para cada ator.

É possível identificar esse momento com o desenvolvimento de um diagnóstico o mais próximo possível da realidade que se deseja mudar, ou seja, a imagem-objetivo a que queremos chegar com uma determinada ação. É nesse momento também que se devem listar todos os problemas identificados no diagnóstico e priorizar os de maior impacto, na perspectiva dos diferentes atores que participam da elaboração do Planejamento. Essa priorização é importante pois, segundo Matus, (1993), geralmente é impossível enfrentar todos os problemas de uma só vez.

Testa (1992) afirma que o planejamento não é um privilégio da força social dominante que controla o Estado, mas uma intenção de acúmulo de forças para cada uma das diferentes forças políticas que constituem o Estado.

Um dos principais elementos que tanto Testa (1992) quanto Matus (1993) apresentam para um processo de planejamento é o diagnóstico, o qual constitui um quadro de análise para se pensar os problemas de saúde, um modelo explicativo

orientador da realidade, necessário para o levantamento e compreensão dos problemas de saúde.

Para Felisbino e Nunes (2000), o diagnóstico em saúde refere-se à caracterização de uma situação; é como uma investigação científica, inicia-se por uma análise da realidade, identificando e analisando seus componentes. A realidade é reconstituída num momento integrador, num momento de síntese.

O Momento Normativo corresponde à definição do conteúdo propositivo do plano e contém ações para se chegar à realidade desejada, em contraposição aos problemas presentes. Ele incide também sobre a estratégia a ser adotada e as decisões em torno da execução do plano. Este momento é muito importante, pois vai definir as ações que devem ser contempladas no plano para intervir nos problemas encontrados e possíveis de enfrentamento naquele momento.

Já o Momento Estratégico concentra-se no cálculo da articulação entre o deve ser e o pode ser dos planos, incluindo a análise de viabilidade. Aqui se devem identificar as restrições e procurar uma via para aumentar a possibilidade de resolução do problema, concebendo estratégias de cooperação entre os atores, principalmente se há conflito entre os que planejam. A viabilidade faz-se por aproximações sucessivas, até que o conjunto das operações do plano seja viável a todos.

O Momento Tático Operacional é o momento central da mediação entre o conhecimento e a ação, correspondendo ao momento da implementação das operações ou ações. A ação é sempre o produto final de um cálculo, mas não necessariamente o produto final do plano formalizado. Os três primeiros momentos

devem estar articulados no processo de conformação das decisões e no acompanhamento do impacto das operações (MATUS, 1993).

Segundo Matus (1993), no momento Tático Operacional tem-se um submomento que é o de avaliar a situação na conjuntura e atuar. Voltar a observar a situação e atuar novamente, ou esperar. Essa é a dinâmica do momento tático-operacional. O movimento gera conseqüências e resultados que são permanentemente ponderados e avaliados antes de se fazer outro movimento. Essa ação resulta em dois submomentos, a avaliação da situação na conjuntura, instância do conhecimento, e a resolução sobre problemas e operações, conduzir a ação. A mediação entre o conhecimento e a ação materializa-se no dia-a-dia, como uma relação dialética entre os dois submomentos do momento tático-operacional.

Nesse sentido, consideramos o Planejamento Estratégico Situacional como uma possibilidade da construção e viabilidade de ações condizente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, vislumbrando maior acumulação de poder no interior dos distintos atores sociais vinculados ao movimento da reforma, na medida em que o planejamento possibilita o desenvolvimento de uma capacidade de governar desses atores, tornando-os mais efetivos na construção de uma rede de serviços.

O planejamento estratégico é representado pela planificação situacional de Matus (1980), que, segundo a ótica de Rivera (1992), é explicitado:

1º- Num conceito de situação e de diagnóstico situacional, que implicam no olhar do ator sobre determinada realidade; olhar esse, determinado pela posição que o ator ocupa e pela intencionalidade do mesmo.

Matus (1980), utiliza o conceito de situação para caracterizar uma totalidade social que corresponda a cada realidade e a cada momento histórico definido. Observa que toda situação tem um conteúdo “geno-situacional”, isto é, estrutural e sistêmico, e outro conteúdo “feno-situacional”, expresso em fatos que manifestam ou ocultam o geno-situacional. Em outras palavras, geno-situação – corresponde à estrutura econômica-social, jurídico-política e ideológica de uma dada formação social. A feno-situação se refere aos fenômenos, aos acontecimentos que ocorrem em uma dada situação.

O conceito de situação para Matus (1993), encontra-se relacionado aos diferentes níveis da realidade identificados pelo autor e aparece mais explicitamente vinculado à posição dos sujeitos ou atores no processo social, para ele:

> [...] uma situação se refere sempre a um ator social. Porém um ator é algo complexo e agregado. A direção nacional de um partido político não é o mesmo ator que a direção deste partido em um município. Ambas operam em distintos espaços e com distintas capacidades... a realidade está integrada por distintos espaços hierárquicos em que se desenvolvem os problemas e adquirem distintas especificidade as regras básicas, as acumulações de produção (MATUS. 1987:148).

2º- Numa teoria da produção social, que sustenta a explicação situacional dos problemas, a qual deve ser feita em dois planos inter-relacionados: o fenomênico ou plano de produção de fatos (o fato tal como é percebido) e o plano das essências ou estruturas determinantes do primeiro, desdobrado no plano das fenoestruturas ou acumulações de poder;

3º- Numa teoria da ação que consiste na distinção entre uma forma de agir instrumental ou comportamental e uma forma de agir interativa, própria do espaço social e do político, que fundamenta a necessidade do raciocínio estratégico;

4º- Numa epistemologia da planificação, em que o autor faz uma correlação entre o positivismo e a planificação normativa e entre o pensamento dialético-fenomenológico e o paradigma estratégico situacional;

5º- Num conceito de momento, formulado para superar a idéia de uma seqüência rígida de etapas, implicando numa visão das fases do planejamento caracterizada pela interação, flexibilidade, possibilitando a constante retomada das mesmas;

6º- Num conceito de planejamento como um cálculo que preside e precede a ação, representa um avanço no sentido da incorporação dos aspectos da gerência conjuntural, dos aspectos organizacionais e da ênfase no momento tático-operacional ou planificação de conjuntura.

Por refletir sua própria experiência, o ator privilegiado é o governo. Planejar, para Matus (1993), é conduzir o processo, é tentar submeter à vontade humana o curso encadeado dos acontecimentos cotidianos, fixando uma direção e dando uma velocidade a mudanças que, inevitavelmente, acontecem.

Mendes (1998) acredita que da proposta elaborada pelo economista Carlos Matus deriva um sistema de planejamento que requer a combinação de distintas metodologias segundo a complexidade dos problemas abordados nos diferentes níveis de organização. O sistema de planejamento proposto permite a adoção de vários métodos, os quais devem ser escolhidos de acordo com o nível em que se pratica o planejamento, a natureza do trabalho, a complexidade dos problemas e a capacidade do governo. O autor apresenta a trilogia matusiana composta pelo Planejamento Estratégico Situacional. Esse método procura desenvolver um modo de operar sobre a realidade que dê maiores oportunidades a um ator social, em

situação de governo, de fazer uma aposta política, intencionalmente desenhada em um Plano de Governo, em torno de determinados projetos que marquem e/ou desenhem o futuro desejado (GALLO, 1995).

O tema da presente pesquisa enfoca a utilização do planejamento estratégico situacional enquanto ferramenta par viabilizar a implantação de uma rede de serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. A referida transformação vem sendo embasada e/ou pautada na legislação lei nº 10.2l6/2001, que trata da questão dos direitos e da assistência dos usuários dos serviços de saúde mental, resultante da iniciativa conjunta dos trabalhadores de saúde mental, dos usuários, da população solidária, do poder legislativo e do Ministério da Saúde. O modelo anterior, amparado pelo decreto de 3 de julho de 1934, colocava o hospital psiquiátrico como o local de tratamento adequado aos doentes mentais, proibia o seu atendimento em hospitais gerais e não lhes assegurava direitos ou proteção.

O projeto de lei do deputado Paulo Delgado tramitou por doze anos, sofreu modificações adaptou-se ao conjunto de forças democráticas que compõem nosso país. O resultado, a lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001[8], sancionada pelo Presidente da República, dispõe sobre a universalidade dos direitos dos usuários, e assegura a possibilidade de tratamento, sempre que possível, próximo à comunidade e família do usuário. Trata, ainda, das internações voluntárias, involuntárias e compulsórias solicitadas pelo poder judiciário.

O modelo de assistência, preconizado na nova Lei, ainda necessita de

[8] Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionar o modelo de assistência em saúde mental.

regulamentação. Para isso, o Ministério da Saúde vem expedindo novas portarias, conforme expomos de modo sistematizado no quadro a seguir:

Quadro 4 - Normatização por portarias do Ministério da Saúde

Nº Portaria	Data	Normatização
224	29 de janeiro de 1992	Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental e visa entre outras propostas a construção de um modelo de assistência em saúde mental, com ênfase na criação de serviços extra-hopitalares.
88	21 de julho de 1993	Prorroga o prazo de validade do código de procedimentos internação em psiquiatria III.
145	25 de agosto de 1994	Cria um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental.
106	11 de fevereiro de 2000	Cria e regulamenta os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental definidas como moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares, e que viabilizem sua inserção social.
469	03 de abril de 2001	Estabelece que os hospitais com menor número de leitos receberão maior pontuação repercutindo nos recursos aferidos e propondo adequações tanto da equipe interdisciplinar como da estrutura física.
251	31 de janeiro de 2002	Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.
336	19 de fevereiro de 2002	Define a clientela como portadores de transtornos psíquicos graves, severos e persistentes; a equipe mínima e define as características de assistência nos CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II, CAPS ad II
189	20 de março de 2002	Inclui na tabela de procedimentos do SIH (Sistema de Internação Hospitalar), o conjunto de atendimentos individuais ou em grupo por equipe multidisciplinar especializada em saúde mental, nas modalidades de Intensivo (atendimento diário); semi-intensivo (atendimento de 2 a 3 vezes por semana); e não intensivo (atendimento 1 a 2 vezes por semana).e define o financiamento ao determinar que os trabalhos desenvolvidos no CAPS sejam remunerados por meio do sistema APAC/SAI (Autorização de Pagamento de Alta Complexidade/ Serviço Ambulatorial de Informação), na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

As políticas de saúde mental e a reforma psiquiátrica visam a composição de uma rede de serviços que incluem os CAPS, residências terapêuticas, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, atendimentos de urgência e emergência e desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção básica de saúde. Essa concepção de rede, com serviços substitutivos à internação psiquiátrica tradicional, é uma base para o planejamento em saúde mental, acompanhada de uma política de capacitação e formação de recursos humanos.

Precisamos ficar atentos à construção do processo da Reforma Psiquiátrica, pois pensamos que ela vai além da construção de uma rede de serviços, dirigindo-se para a construção da plena cidadania dos sujeitos portadores de transtornos mentais.

Nesse sentido, necessitamos promover e implementar fóruns de discussão a nível federal, estadual e municipal sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica com a sociedade, a fim de romper definitivamente com conceitos e práticas que visam a manutenção da violência institucional, da medicalização, da simplificação do fenômeno da experiência complexa do sofrimento psíquico.

Buscar a cidadania dos indivíduos portadores de transtorno mental nos leva, sobretudo, a pensar o sujeito com suas diversidades e diferenças num mesmo espaço social, trata-se ainda, conforme Amarante (1996), não de deixar o louco viver sua loucura, mas de um novo contexto de cidadania, dando-lhe o real direito ao cuidado, de não ser excluído, violentado, discriminado, mas de receber ajuda em seu sofrimento, em sua positividade e em sua possibilidade de ser sujeito. Enfim, trata-se de trabalhar efetivamente para que ele seja um sujeito que leva consigo sonhos, desejos e projetos de vida tanto pessoais como profissionais.

Portanto, reporto-me a Rotelli (1990) que propõe inverter a roda, em vez de colocar o doente entre parênteses e focar a doença mental, colocar entre parênteses a doença mental e enfocar o sujeito em sua existência, rompendo com as práticas disciplinares e aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos.

Quando alertamos que devemos ficar atentos na construção do processo da Reforma Psiquiátrica, consideramos que o processo indica algo em permanente movimento, na qual existem diferentes atores sociais que, por sua vez, portam interesses e formulações em conflito, as quais requerem negociações. Enfim, um processo social complexo se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolve movimentos, sujeitos, conflitos.

Precisamos articular com esses diferentes atores sociais a possibilidade da existência de outras formas de conhecimento, que produzirão novas práticas clínicas e principalmente sociais, pois é no campo sociocultural que as transformações no imaginário social relacionado com a loucura, a doença mental e a anormalidade, passando pelas distinções de doença mental, loucura e desrazão vão se construindo, até chegar ao conceito de existência sofrimento. Nessas transformações destacamos a mudança de conceitos em relação à imagem da instituição que se formula como espaço de circulação e não mais como espaço depositário e a inversão da imagem do louco para cidadão que deve almejar poder de contratualidade social (AMARANTE, 2003).

Nesse contexto, explicitamos o primeiro pressuposto deste estudo, que consiste em refletirmos que diante da complexidade da reforma psiquiátrica torna-se necessário desenvolver um processo de planejamento com base num olhar estratégico, o que deve representar um acordo entre os envolvidos, respeitando o propósito de legitimação das

ações de saúde mental, enquanto prática de discussão e consenso entre os vários segmentos (gestores, trabalhadores, usuários, familiares, entre outros) que compõem um determinado espaço político-social.

A organização dos serviços de saúde mental, a partir de um olhar estratégico, vai ao encontro da nova forma de ver e assistir o indivíduo em sofrimento psíquico, pois pretende englobar os trabalhadores de saúde em geral, de saúde mental e, em específico, os usuários, as famílias dos usuários e, finalmente, a comunidade que enseja a construção de uma prática de atenção à saúde mental mais justa, democrática e solidária (PITTA, 2001).

Para Pitta (2001), o desenvolvimento de um Sistema de Saúde que implique na atenção e resolubilidade dos agravos à Saúde Mental, pressupõe um planejamento, execução e avaliação a nível local, adequado à demanda específica de cada região, no caso de cada município, integrada a uma “Política de Saúde Mental” e articulada pelo nível central, neste caso o Estado.

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. No documento “Normas de Atendimento em Saúde Mental” (Paraná, 2003), complementar a Portaria nº 224/92/MS, encontramos citado o que segue:

> [...] importante ressaltar que, para a implantação de qualquer um dos serviços, é imprescindível a existência, no município ou Consórcios de municípios, de uma rede hierarquizada de cuidados em saúde mental, isto é, a implantação de um serviço de determinada complexidade pressupõe a existência dos serviços de menor complexidade, incluído no Plano Municipal de Saúde, devidamente aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

Portanto, para que o sistema de referência e contra-referência funcione adequadamente, é necessário que os diversos serviços especializados ou não, estejam articulados.

A Lei Orgânica da Saúde surge em 1990, destinada a definir o papel das esferas de governo, na proteção e defesa da saúde, orientando suas respectivas atuações para garantir o cuidado da saúde, buscando assim, organizar as competências e responsabilidades nos diferentes níveis de governo apontados pela Constituição Federal de 1988. Segundo esta Lei, cabe à esfera municipal a provisão das ações e serviços de saúde, envolvendo a formulação de políticas de âmbito local, o planejamento, a execução, a avaliação e o controle de ações de serviços de saúde, quer sejam voltadas aos indivíduos, ao coletivo ou ao ambiente, inclusive educação em saúde e processos de produção, distribuição e consumo de produtos de interesse para a saúde (BRASIL, 1993).

A Norma Operacional Básica – SUS 01/96 – versão abril de 1996, tem como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva da construção do SUS, aperfeiçoando as normas vigentes na época, como também explicitando que a municipalização da saúde deve contar com apoio dos demais níveis do Sistema, dando condições aos municípios de se organizarem e desenvolverem seu papel de gestor do Sistema Local de Saúde.

O fortalecimento da esfera local, ou seja, dos municípios, enquanto espaço estratégico de concretização do SUS reforça a possibilidade da utilização do planejamento estratégico situacional como ferramenta que pode contribuir na viabilização da reforma sanitária e psiquiátrica guardando as especificidades de cada contexto.

O grande mérito do enfoque estratégico consiste no enfrentamento de vontades sociais, fruto da história, sendo sua função captar esta vontade social e ajudar na sua construção (RIVERA, 1992).

O Planejamento Estratégico Situacional, no âmbito do município pode ser um referencial fundamental na construção social de uma nova prática de saúde mental, acreditamos que é imprescindível o empreendimento de esforços no sentido de buscar caminhos que possibilitem vivenciar nas práticas de saúde a administração estratégica, saindo daquela visão tradicional de gerenciar o sistema.

> [...] pensar a ação de homens e mulheres na construção da história, na construção da realidade social, é pensar a ação política: pensar as relações de poder na sociedade. Imprimir direção aos processos sociais é pensar na ampliação de uma vontade, tornando-a coletiva. Pensar uma vontade que é ação transformadora significa pensar a relação de Poder não apenas como repressão, mas também como ideologia (AMARANTE, 2002:137).

Diante dessas considerações apontamos o segundo pressuposto deste estudo que segue: Existe dificuldade conceitual e metodológica em relação à aplicação dos passos do planejamento estratégico situacional no âmbito local quanto aos seus quatro momentos – explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional de modo que este planejamento contemple as especificidades dos municípios e os princípios da reforma psiquiátrica.

Para Rivera (1992), o enfoque em questão tenta aproximar-se do conceito de necessidades de saúde por meio do critério de condições de vida, o qual define uma divisão da sociedade em grupos humanos, que se encontram em diferentes níveis.

Pensamos no enfoque estratégico de planejamento em saúde porque ele considera o problema do poder e admite o conflito entre forças sociais com diferentes

interesses e com uma visão própria sobre a situação problema na qual se planeja, fazendo parte do processo de planejamento, a análise e a construção da viabilidade.

O planejamento estratégico não coloca apenas o problema dos recursos econômicos, mas também dos recursos de poder; recursos tradicionalmente considerados econômicos ou técnicos que podem adquirir, para o enfoque estratégico, o significado de importantes recursos de poder.

Esse enfoque rompe com a normatividade de um “deve ser” que se impõe sobre a realidade, admitindo a impossibilidade de contar-se com um plano pré-estabelecido que dê conta de todas as condições do real, devido à complexidade dos processos sociais.

O enfoque estratégico considera que o uso das metodologias constituídas no campo das tecnologias sirva como opção para os sujeitos institucionais lançarem mão, como ajuda para as suas ações em busca de intervenções no campo da saúde (GALLO, 1995).

Nessa perspectiva, e tendo conhecimento da heterogeneidade dos municípios que compõem o Módulo Assistencial de Cascavel, pertencentes a 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, tanto em termos de densidade populacional, quanto de estrutura sanitária, temos como meta sensibilizar os municípios componentes da região mencionada para o planejamento estratégico na gestão do Sistema Único de Saúde, no desenvolvimento de programas de saúde mental, respaldado nas Diretrizes Nacionais de Políticas de Saúde Mental. Esta pesquisa pretende trazer como contribuição à apreensão do olhar dos gestores acerca do processo de Reforma Psiquiátrica, a partir do referencial do Planejamento Estratégico Situacional.

Para o planejamento em saúde mental é imprescindível refletir sobre a natureza

e sobre o processo de constituição histórica do saber psiquiátrico, pois para propor ações e políticas de saúde mental é preciso considerar com que saberes técnicos, com que serviços, e/ou com que técnicos, as ações de saúde vão operar o território.

Nesse enfoque o planejamento é entendido como um processo social complexo, que trata de influenciar as características de uma mudança social a partir da perspectiva de uma determinada força social. Sendo assim, para pensar a ação futura, é necessário conhecer o que pensam os atores envolvidos, pois geralmente suas apreensões não são explicitadas nem discutidas. Assim, a existência de interesses conflitivos é reconhecida, porém a determinação desses conflitos não é colocada, o mesmo ocorrendo com o acesso aos serviços e aos agravos à saúde, diferentes entre grupos sociais.

Os princípios da reforma psiquiátrica brasileira se sustentam em idéias democratizantes, que incluem fundamentos amplos, tais como o resgate da cidadania do portador de transtorno psíquico além de incluir propostas relacionadas ao planejamento e gerenciamento de novos serviços.

Assim, entende-se que o planejamento é um meio para se chegar à imagem, ao objetivo desejado para uma determinada realidade de saúde, assim como entendemos que a compreensão dos gestores acerca do processo da reforma psiquiátrica serve de guia para a elaboração das práticas de saúde direcionado ao sistema local de saúde. O resgate dessa compreensão e de suas relações com o planejamento das ações em saúde mental poderão minimizar as dificuldades encontradas, pelos gestores, técnicos e usuários na elaboração de planos de saúde e organização do sistema de uma forma global e integralizadora. Enfatizamos que focar a compreensão dos gestores a partir do referencial do planejamento estratégico situacional consiste num recorte metodológico

que visa apreender numa dimensão desta realidade, significativamente mais abrangente e mais complexa, que inclui concepções que acabam por instituir as práticas em saúde mental.

Conforme Matus (1991), o planejamento estratégico parte de uma concepção política do processo de produção social em que, numa situação determinada, há várias visões de mundo, e na qual a grande maioria das ações não responde a comportamentos nem a leis, necessitando, pois, de juízo estratégico. Assim, “o deve ser” normativo é transcendido por um “pode ser” que depende de vontade e força política e do plano, enquanto mediação entre o conhecimento e a ação.

Consideramos que, para viabilizar e implementar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, quais sejam: desinstitucionalização e garantia dos direitos de cidadania dos portadores de transtornos psíquicos podemos nos utilizar do conceito de situação – objetivo desenvolvido por Matus (1993:224) do Planejamento Estratégico Situacional, entendido como “espaço estático de chegada”.

Estabelecemos como **objeto de estudo** desta pesquisa o planejamento em saúde mental, sob a perspectiva dos gestores dos municípios de uma regional de saúde do Oeste do Paraná, a partir de um enfoque estratégico situacional e contextualizado no processo local de construção da reforma psiquiátrica.

Esta pesquisa propõe como objetivo geral**: Investigar o planejamento das ações de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica,** com intuito de discutir o planejamento estratégico situacional como uma ferramenta importante para a organização dos serviços de saúde mental na região oeste do Paraná.

A indicação do uso do método do Planejamento Estratégico Situacional - PES, neste caso, se justifica, porque reconhece que os desajustes, as contradições, os

desequilíbrios são inerentes ao processo social e devem ser considerados como parte da instrumentalização de um plano. Para Matus (1993), as normas e as projeções , devem surgir do comportamento real da sociedade, ainda que visem modificá-lo, pois, o propósito do planejamento não é contrastar um modelo ideal para com a realidade, contrastar o que “deveria ser” com o que “é”, mas, alterar o que “é”.

Tem também como objetivos específicos:

- Conhecer a compreensão dos gestores acerca do processo de reforma psiquiátrica e sua viabilização nos municípios que compõem o módulo assistencial de Cascavel da 10ª Regional de Saúde;

- Identificar possíveis contribuições do Planejamento Estratégico Situacional na implantação de uma rede de serviços de saúde mental no município.

- Averiguar a utilização pelos gestores dos momentos do Planejamento Estratégico Situacional (Explicativo, Normativo, Estratégico e Tático-Operacional), no processo de organização da atenção em saúde mental no município.

PERCURSO METODOLÓGICO

PERCURSO METODOLÓGICO

Tipo de Pesquisa

Buscando compreender os fatores que interferem e que dificultam para que os gestores locais iniciem o processo de construção de uma rede de serviços substitutivos a hospitalização integral, na região Oeste do Paraná, e com intuito de atingir os objetivos propostos para esse estudo, realizou-se uma pesquisa qualitativa, a partir do referencial da pesquisa social.

Minayo (1996), em suas considerações sobre a delimitação da temática a ser trabalhada em pesquisa social, na área da saúde, coloca que nada pode ser intelectualmente um problema de investigação, se não tiver sido em alguma instância um problema da vida prática dos sujeitos que participarão da pesquisa.

A opção pelo método qualitativo baseia-se no fato de que as abordagens qualitativas são capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. Entendemos que os secretários municipais de saúde, a partir do seu fazer diário, são importantes sujeitos de transformação no sentido de contribuir para a construção de uma rede de serviços extra-hospitalares, caracterizada por uma relação acolhedora, de inclusão, de compromisso e responsabilidade com os indivíduos portadores de sofrimento psíquico e seus familiares (MINAYO, 1996).

A investigação qualitativa requer atitudes de abertura, flexibilidade, capacidade de observação e de interação do pesquisador com os atores sociais envolvidos,

podendo os instrumentos de coleta de dados serem readaptados durante a realização da investigação.

Assim, Minayo (1996:20) diz que “entrar no campo da metodologia da Pesquisa social é penetrar num mundo polêmico onde há questões não resolutivas e onde o debate tem sido perene e não conclusivo”.

O objeto das Ciências Sociais é histórico, ou seja, as sociedades humanas existem num determinado espaço e tempo, os grupos sociais são mutáveis e as instituições, leis, visões de mundo são provisórios e passageiros. A realidade social é mais rica que qualquer outra teoria, pois o pensamento tende a dividir, a separar, a fazer distinção sobre momentos e objetos que são apresentados em cada um deles (MINAYO 1996).

Com essa linha de pensamento, Minayo (1996:22) afirma que “o aspecto qualitativo deve estar, contemplado em qualquer investigação social”. Isso implica em considerar sujeito de estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe, com suas crenças, valores e significados. Afirma que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado e está em permanente transformação.

Conforme a autora, a pesquisa social tem uma carga histórica, pois reflete, assim como as teorias sociais, posições frente à realidade, momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses de classes e de grupos determinados. Pensamos que este tipo de pesquisa contribui para a busca de respostas e indagações a que se propõe naquele contexto específico. No caso da implantação de serviços substitutivos em saúde mental, enfatizamos que compreender as posições de um grupo determinado na sociedade – como os gestores municipais -

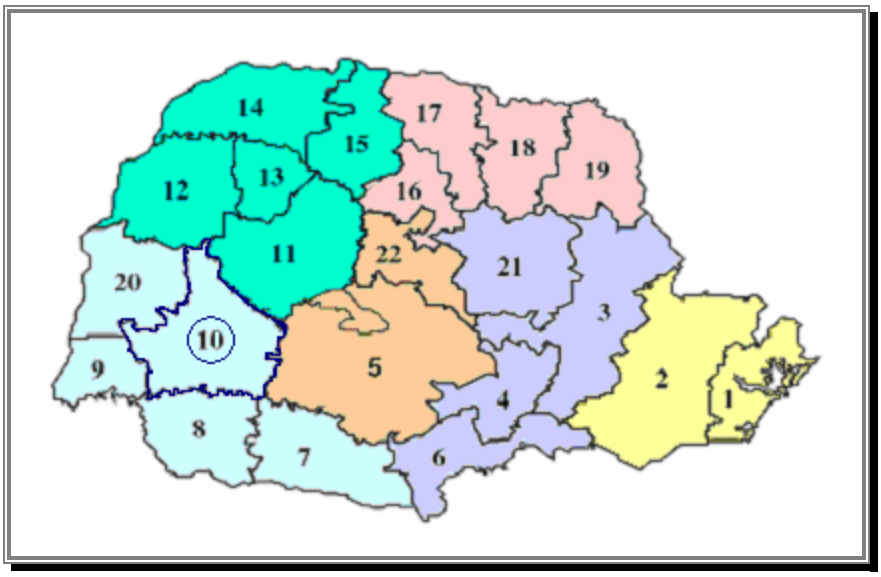
gera a oportunidade de provocar discussões e debates acerca de um grande desafio nas questões de saúde mental, a que consiste numa consolidação e ampliação de uma rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania dos indivíduos portadores de sofrimento psíquico e de seus familiares viabilizada ou não por meio dos cargos públicos que ocupam os sujeitos em dado momento histórico.

Local do Estudo

O trabalho de campo foi realizado durante o período de julho a dezembro de 2004, na Microrregião de Saúde 10, conforme destaque na **figura 1**, localizada na Região Oeste do Estado. Sob a coordenação de uma Regional de Saúde do Estado do Paraná, essa microrregião congrega 25 municípios, tendo Cascavel como pólo microrregional e estadual, sendo que todos estão habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica[9] pela NOB/SUS-01/96. Os municípios, em sua maioria, são de pequeno porte, variando entre 1.970 e 23.794 habitantes, exceto Cascavel que conta com 243.139 habitantes.

[9] Gestão Plena da Atenção Básica: Forma de gestão do município estabelecida pelas NOBs – Norma Operacional Básica, instrumento normativo infralegal maior elaborado e aprovado pela Comissão Intergestores tripartite, de operacionalização dos preceitos da legislação que rege o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2003).

Figura 1 – Mapa do Estado do Paraná Dividido em Regionais de Saúde



A microrregião de Saúde 10 é dividida em 07 módulos assistenciais e é composto por 25 municípios. A presente pesquisa foi desenvolvida em nove municípios que pertencem a um destes módulos que é o "Módulo Assistencial de Cascavel", que inclui os seguintes municípios: Céu Azul, Guaraniaçu, Nova Aurora, Cascavel, Lindoeste, Catanduvas, Ibema, Três Barras do oeste e Santa Tereza do Oeste. A escolha por este módulo assistencial é justificada pelo fato de Cascavel ser o município sede desse módulo, e também por constituir referência para os outros municípios nas especialidades médicas.

Sujeitos da Pesquisa

Os atores da presente pesquisa foram nove gestores - secretários municipais de saúde pertencentes ao Módulo Assistencial de Cascavel (citados anteriormente), por serem os sujeitos responsáveis pela definição das políticas de saúde, bem como da execução das mesmas no momento histórico em que se realizou a pesquisa.

Para o desenvolvimento do estudo foram seguidas as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), presentes na resolução do CNS 196/96, cabendo ainda ressaltar que assumimos o compromisso da divulgação dos resultados da pesquisa, principalmente junto aos municípios envolvidos, uma vez que esperamos contribuir para o aprofundamento das questões relativas à Reforma Psiquiátrica, auxiliar na reorganização dos serviços de saúde mental, na perspectiva da consolidação de uma rede de serviços substitutivos em saúde mental.

O projeto de pesquisa do presente estudo foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), em 15 de Julho de 2003 sob o protocolo nº 008996/03. Segue em anexo o modelo do Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1) que foi solicitado e assinado por todos os sujeitos que fizeram parte deste estudo, bem como, o of. CEP-CCBS/UNIOESTE-106/03 (Anexo 1) expedido pelo Comitê de Ética, o qual tem parecer favorável ao desenvolvimento da pesquisa intitulada “O planejamento em Saúde Mental no contexto da Reforma Psiquiátrica”.

Instrumentos de Coleta de Dados

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram a entrevista semi-estruturada com gestores – secretários municipais dos nove municípios do módulo assistencial de Cascavel, os quais compõem a 10ª Regional de Saúde e documentos – planos municipais de saúde em vigência no período de coleta de dados.

A entrevista semi-estruturada

A entrevista semi-estruturada é uma estratégia na qual o pesquisador obtém informações dos atores sociais por meio de suas falas.

Trivinos (1995), relata que a entrevista semi-estruturada é um dos mais importantes meios que o pesquisador tem para realizar a coleta de dados, enaltecendo esta técnica uma vez que, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do pesquisador, oferece perspectivas possíveis para que o entrevistado sinta-se livre e apresente a espontaneidade necessária para enriquecer a investigação.

Entende ainda que:

> [...] a entrevista semi-estruturada, em geral, é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam a pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa. (TRIVINOS.1995:146),

A entrevista deve ser feita verbalmente, incluindo a presença ou interação direta entre o pesquisador e os sujeitos do estudo. Conforme a autora, o roteiro da entrevista semi-estruturada contém poucas questões Minayo, (1996:99):

> [...] dele constam apenas alguns itens que se tornam indispensáveis para o delineamento do objeto, em relação à realidade empírica e devem responder às seguintes condições: (a) cada questão que se levanta, faça parte do delineamento do objeto e que todas se encaminhem para lhe dar forma e conteúdo; (b) permita ampliar e aprofundar a comunicação e não cerceá-la; (c) contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores.

A entrevista semi-estruturada tem potencial para reunir resultados valiosos porque parte de questões que resultam tanto da teoria em que se ancora o pesquisador quanto das informações que vão sendo verbalizadas pelos sujeitos da pesquisa. A entrevista realizada foi norteada por um roteiro básico (Apêndice 2) permitindo flexibilidade e acréscimos, dependendo das características dos locais visitados e dos sujeitos do estudo.

A coleta de dados foi realizada, com agendamento prévio. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise.

Para organização e análise dos dados obtidos nas entrevistas utilizamos como técnica o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), pois este busca dar conta da discursividade, característica própria e indissociável do pensamento coletivo, buscando preservá-la em todos os momentos da pesquisa, desde a elaboração das perguntas, passando pela coleta e pelo processamento dos dados até culminar com a apresentação dos resultados (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

Fonte documental

Ludke e André (1986) recomendam a utilização da análise documental em algumas situações de modo que esta permita desvelar novos aspectos de um problema ou de um tema, ou para complementar as informações obtidas por outras técnicas. Fontes documentais são consideradas quaisquer escritos que podem ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano, incluindo leis, regulamentos, normas, pareceres, jornais e revistas.

A utilização da análise documental em nossa investigação se justifica pela complementação e validação às informações coletadas por meio da entrevista semi-estruturada com os secretários municipais de saúde.

Para atender aos objetivos desta pesquisa a análise documental foi feita por meio dos "Planos Municipais de Saúde" em vigência no período de coleta de dados, após autorização por escrito do diretor da 10ª Regional de Saúde, da qual fazem parte os municípios que integram a presente pesquisa. Nos documentos procuramos informações que pudessem elucidar a inclusão de ações de saúde mental no Plano Municipal de Saúde e a elaboração de estratégias para viabilizá-las.

Organização e Análise dos Dados dos Sujeitos

Utilizou-se como eixo de organização e análise dos dados a orientação metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), uma abordagem na pesquisa qualitativa proposta por Lefèvre e Lefèvre (2003), a qual tem como objetivo a organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos de um dado conjunto de sujeitos sobre um dado tema.

Conforme os autores, as pesquisas de ordem qualitativa e os pressupostos teóricos normalmente conseguem incorporar melhor na apreensão do objeto o significado e a intencionalidade que ocupam posições centrais na pesquisa social, e apresentam maior clareza no discurso, que deve ser compreendido pela presença de um sentido identificável, incorporando algo que tenha representatividade para uma determinada coletividade de receptores, tanto dos sujeitos como de outras fontes.

> [...] Fica fácil concluir que, pelo espaço que conferem aos discursos, as abordagens de corte qualitativo permitem a compreensão mais aprofundada dos campos sociais e dos sentidos neles presentes, na medida em que remetem a uma teia de significados, de difícil recuperação através de estudos de corte quantitativo, em que o discurso, quando está presente, é sempre reduzido a uma expressão numérica (LEFÈVRE, 2000:15-16).

Para confeccionar os Discursos do Sujeito Coletivo (DSC), foram utilizadas as seguintes figuras metodológicas (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003):

Expressões-chave – (ECH) – São pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso que revelam a essência do depoimento, portanto devem ser sublinhadas, coloridas pelo pesquisador, sendo a matéria prima das expressões-chave para a construção dos Discursos do Sujeito Coletivo. Os autores da proposta consideram as ECH como fundamentais para a confecção dos Discursos dos Sujeitos Coletivos. Um dos cuidados a ser tomado é quanto à seleção das ECH, uma vez que se tem a tendência a selecionar quase tudo ou, então, quase nada dos discursos. Quando se seleciona quase tudo, torna-se mais difícil separar as idéias centrais, por outro lado quando se seleciona quase nada, fica difícil descrever a idéia central, por insuficiência de matéria prima.

Uma recomendação, portanto, para evitar esses extremos é desprezar tudo que é irrelevante, acessório, buscando extrair o máximo possível, com a essência do pensamento tal como ela aparece, literalmente, no discurso analisado (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

Idéias centrais – (IC) – é um nome ou expressão lingüística que revela e descreve de maneira fidedigna o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vão dar origem ao DSC. É importante destacar que a IC não é uma interpretação, mas uma descrição do sentido de um depoimento ou de um conjunto de depoimentos.

Discurso do Sujeito Coletivo – (DSC) – é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas Expressões Chave que têm a mesma Idéia Central. A proposta do DSC como forma de conhecimento ou redução da variabilidade discursiva empírica implica um radical rompimento com a lógica quantitativo-classificatória na medida em que se busca resgatar o discurso como signo de conhecimento dos próprios discursos.

Uma pesquisa pode produzir mais que um DSC, e estes podem se caracterizar por sua complementaridade ou por diferença. Os autores da proposta recomendam que no caso de serem DSC caracterizados por diferença, estes devem ser apresentados separadamente, enquanto que se for por complementaridade, fica a critério do pesquisador querer apresentar resultados mais detalhados ou mais genéricos.

Ao finalizar a construção do DSC a sistematização é apresentada como se o discurso de todos fosse o discurso de um e, para isso, deve-se selecionar fragmentos

da fala limpando-as das particularidades e, ainda, dos trechos repetidos ou muito semelhantes, escolhendo-se apenas um para compor o DSC.

Para Lefèvre e Lefèvre (2003:19),

> [...] com o DSC, os discursos dos depoimentos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora já que o que se busca fazer é reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessários para expressar uma dada figura, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno.

Portanto o DSC é uma estratégia metodológica que, utilizando uma estratégia discursiva, visa tornar mais clara uma determinada representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário. O DSC é uma forma ou um instrumento destinado a oportunizar a coletividade falar diretamente.

Seguindo as recomendações dos autores serão trazidos exemplos de fragmentos produzidos pelos sujeitos participantes da pesquisa. Os depoimentos foram trabalhados, num primeiro momento, separadamente questão por questão e sujeito por sujeito identificados por letra e número (S1 - Sujeito 1), e assim sucessivamente. Para construirmos o universo de representações existente no campo do planejamento em saúde, no contexto da reforma psiquiátrica, foi necessária a coleta da matéria prima dos discursos professados pelos atores envolvidos na pesquisa. Assim, realizamos entrevistas que foram gravadas e transcritas literalmente, emergindo os discursos a partir dos nove depoimentos orais. Para a tabulação dos dados foram implementados os seguintes passos:

1º passo – as questões foram avaliadas isoladamente, isto é, foi inicialmente analisada a questão um de todos os sujeitos entrevistados; a seguir foi analisada a

questão dois e, assim, sucessivamente. Dessa forma, o primeiro passo consistiu em copiar, integralmente, o conteúdo de todas as respostas referentes à questão um no Instrumento de Análise do Discurso (IAD2), conforme modelo abaixo (Apêndice 3 de todas as entrevistas).

Exemplo: Instrumento de Análise de Discurso (IAD) – 2

Questão Analisada: Qual seu entendimento sobre a Reforma Psiquiátrica?

EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS
S1 - Eu vejo a proposta da Reforma Psiquiátrica muito boa, pois vem com o propósito de um atendimento mais humanizado, de resgatar a cidadania de pessoas que há muito tempo foram excluídas da sociedade, ou seja, uma reintegração dessas pessoas no meio familiar e social.	(1) Atendimento humanizado. Reintegração das pessoas portadoras de transtorno mental no meio familiar e social.
S1- Agora o que precisamos para realmente efetuar essa reforma é uma ajuda do Governo, pois os municípios sozinhos não têm condições de implantar a Reforma Psiquiátrica como ela vem sendo pregada. Agora que isso é uma coisa boa, não tenho dúvida.	(2) Ajuda do Governo (suporte).
S2 - Sim, em relação à Reforma Psiquiátrica, eu entendo que há uma reforma de um atendimento mais humanizado, paciente-família, num contato maior e tentando se reintegrar, como uma pessoa normal da sociedade, que ainda hoje são bem, bem excluídos. Sobre paciente psiquiátrico então, eu vejo essa reforma como uma humanização no atendimento psiquiátrico.	(1) Atendimento humanizado.

2º passo – Conforme o modelo acima (IAD 2) foram identificadas, em cada uma das respostas, as expressões chave e retiradas às idéias centrais grifadas na mesma cor. Quando havia mais de uma idéia central destacou-se com cor diferente para identificar todas as idéias centrais retratadas nas expressões chave;

3º passo - A partir das idéias centrais de cada resposta, realizou-se a construção do Discurso do Sujeito Coletivo. Foram montados Quadros (que se denominou de Categorias Internas) de associação com destaque para: Questões Geradoras; Categoria do Discurso do Sujeito Coletivo e Temas Geradores de Significações, como o exemplo a seguir:

Exemplo: Categorias Internas

PRIMEIRA QUESTÃO	CATEGORIA DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	TEMAS – GERADORES DE SIGNIFICAÇÃO
Qual seu entendimento sobre a Reforma Psiquiátrica?	DSC 1- Atendimento humanizado, paciente e família; reintegrar o paciente na sociedade; restrições perante a família; DSC 2 - Não ter mais hospitais fechados; não deveria fechar tão rápido, sem antes definir onde encaminhar o paciente em crise; precisamos de um suporte, de ajuda do governo.	1– Reintegração: Paciente/Família/ Sociedade 2- Suporte na crise / Transição (referência e contra-referência)

Das seis questões aplicadas na presente pesquisa obteve-se um total de 15 Discursos do Sujeito Coletivo dos quais foram identificados 13 temas geradores de significações. O material agora refinado foi suporte para a análise e discussão da pesquisadora, utilizando como eixo norteador para a análise dos discursos os momentos do Planejamento Estratégico Situacional – PES.

Os temas geradores de significação identificados na pesquisa foram: reintegração, suporte na crise, busca ativa, atendimento especializado, reorganização dos serviços, visita domiciliar, prevenção, equipe, intersetorialidade, família – contexto

de dificuldades ao implantar ações de saúde mental, infra-estrutura, capacitação de recursos humanos e seguimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

RESULTADOS E DISCUSSÃO

I - Descrição da realidade dos municípios pesquisados

Entendemos ser importante neste momento fazermos uma contextualização dos municípios que participaram da pesquisa e como se organizam dentro do Sistema Único de Saúde, o qual vêm avançando no processo de descentralização das ações de saúde, com o objetivo de garantir cada vez mais o acesso dos brasileiros às ações de saúde em todos os níveis de atenção e promover maior equidade na aplicação de recursos.

O Estado do Paraná tem uma área de 199.554 km2 e uma população de 9.558.126 habitantes[10], distribuída em 399 municípios, sendo que 54% dos municípios com menos de 10.000 habitantes, 26% com menos de 20.000 habitantes e 20% com mais de 20.000 habitantes, onde se concentra 71.88% do total da população do Estado (PARANÁ, 2001).

Os municípios que foram incluídos neste estudo pertencem à região Oeste do Estado do Paraná, localizada no terceiro Planalto Paranaense, área de 2.290.859 hectares, correspondendo a cerca de 11,5% do território estadual. Essa região faz fronteira com a Argentina e o Paraguai e possui como principais divisas os rios Piquiri, Paraná e Iguaçu. É constituída por 50 municípios, dos quais se destacam Cascavel, Foz do Iguaçu e Toledo, em função de suas dimensões populacionais e níveis de polarização.

---

[10] População Censo/IBGE 2000.

A região Oeste do Paraná constitui a última fronteira de ocupação do Estado, integrando-se à dinâmica estadual apenas a partir dos anos 70. Sua localização distante da porção leste do território, por onde se iniciou o povoamento do Paraná, e a quase total inexistência de infra-estrutura de comunicação interligando-a ao restante do Estado, foram fatores decisivos que a mantiveram, por tanto tempo, isolada e com baixas densidades populacionais.

A partir da década de 1940, algumas iniciativas governamentais, como a criação, pelo poder central, do Território Federal do Iguaçu, em 1942, extinto em 1946, e a subseqüente criação do Departamento Administrativo do Oeste, por parte do governo estadual, geraram os primeiros impulsos de ocupação e de exploração econômica da região (PARANÁ, 2005b).

Nesse processo, duas correntes imigratórias se destacaram. A primeira, formada basicamente por agricultores de origem alemã e italiana provenientes das áreas serranas do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina que, paulatinamente, se destinavam às regiões Sudoeste e Oeste do Paraná em busca de terras férteis e disponíveis, se intensificando particularmente nos anos 50. A segunda leva de imigrantes penetrou a região a partir da vasta área cafeeira do Norte Paranaense e foi formada, principalmente, por fluxos populacionais liberados das plantações de café à medida que estas iam progressivamente sendo substituídas por outras lavouras ou pela pecuária.

No entanto, foi apenas no final da década de 1950 que a integração e dinamização do Oeste avançou, estimulada pelos primeiros esforços efetivos para implantação de um sistema viário que viabilizou e impulsionou a produção de excedentes para comercialização. A atividade agrícola da região, fundada na boa

qualidade dos solos e numa razoável capacidade técnica dos produtores, ampliou-se rapidamente, propiciando incrementos de renda e expansão dinâmica do comércio. Assim, não apenas as áreas rurais experimentaram incrementos substantivos de população, ao longo desse período, mas também inúmeros núcleos urbanos foram se formando para dar suporte à agricultura em expansão (MAGALHÃES, 2003).

Nesse contexto de acelerado crescimento populacional, a região Oeste Paranaense alcançou no início da década de 1970 cerca de 750 mil habitantes, considerada uma das áreas mais populosas do Estado, particularmente em termos rurais. Apesar do intenso surgimento de cidades, verificado na região no transcorrer do processo de ocupação, seu grau de urbanização, em 1970, ainda situava-se abaixo dos 20%, equiparando-se aos menores do Estado (PARANÁ, 2005b).

A partir dos anos 70, a região integra-se rapidamente ao movimento mais amplo de expansão da agricultura moderna que se instaura no Paraná, marcado pela introdução maciça, no campo, de avançadas tecnologias de cultivo, de substituição de culturas alimentares e de alterações nas relações de trabalho, todos estes elementos altamente poupados de mão-de-obra. Desse modo, a região, rapidamente, experimentou um processo de urbanização, estimulado ainda mais pelos efeitos da construção do megaprojeto da Usina Hidrelétrica de Itaipu, caracterizando-a como uma região de intensa atração migratória e mobilidade espacial da população.

Entre 1970 e 1980, a população rural do Oeste decresceu, porém o ritmo de crescimento da população urbana atingiu 12,5% ao ano, o mais elevado dentre as regiões e o dobro da média paranaense. Nas décadas seguintes, a intensidade da perda da população rural e de incremento do meio urbano da região permaneceu superando os níveis estaduais, de sorte que o grau de urbanização, que entre 1970 e

1980 havia saltado de 20% para 50%, prosseguiu alcançando quase 82%, em 2000. Mesmo assim, a região, ainda abrigava uma das mais elevadas proporções de população rural do Paraná (PARANÁ, 2005b).

Sem dúvida, o componente migratório, nesse cenário demográfico, vem tendo um peso substantivo. No bojo das transformações modernizantes das atividades agrícolas, o meio rural da região vem experimentando saldos migratórios negativos bastante elevados no transcorrer das últimas décadas do século XX, dos mais expressivos do Estado, mantendo esse destaque também nos anos 90. Ainda que os ganhos populacionais das áreas urbanas igualmente resultem ganhos significativos, no cômputo geral da região o saldo e a taxa líquida de migração se mantém negativo, expressando o predomínio das perdas populacionais para fora da região (PARANÁ, 2005b).

Subjacentes às alterações na dinâmica de crescimento populacional da região, fortemente condicionadas pelos processos migratórios, interagem também as mudanças no comportamento reprodutivo e no perfil de mortalidade da população, observadas no período. Desde meados da década de 60, várias regiões do Brasil passaram a experimentar uma trajetória firme e continuada de declínio da fecundidade, inserindo o país em um quadro irreversível de transição demográfica. A população do Paraná acompanhou esse processo e a despeito da existência de diferentes regionais intra-estaduais, já no início dos anos 90, demonstrava padrões de controle efetivo e continuado do tamanho de suas proles. O número médio de filhos tidos nascidos vivos por mulher no transcorrer do período reprodutivo estimado para o Estado na década de 1980 situava-se em 2,7, nível igualmente experimentado pela população da região Oeste (PARANÁ, 2005b).

A mortalidade, que desde as primeiras décadas do século XX, inicia, no Paraná, forte tendência de declínio, a exemplo do que ocorria em outras áreas brasileiras, prossegue em ritmo de queda ao final do século, se bem que de forma mais lenta. Nesse contexto, a população masculina e feminina do Estado, no início da década de 1990, exibia índices de expectativa de vida ao nascer de 65 anos e de 72 anos, respectivamente, níveis similares àqueles evidenciados pela população da região Oeste.

Todas essas mudanças imprimiram uma nova conformação à estrutura etária e por sexo da população regional, acompanhando a tendência estadual. Se até o início dos anos 70 as pirâmides etárias representativas da população tanto do Oeste quanto do Paraná apresentavam formato acentuadamente triangular, de base larga – típico de populações que experimentam historicamente elevados níveis de fecundidade e de mortalidade -, ao final dos anos 90 os padrões etários revelam um processo paulatino de envelhecimento, com redução do peso dos grupos de idade mais jovens e com aumento, por outro lado, das proporções das idades adultas e idosas. Assim, no período 1991-2000, o conjunto da população da região Oeste cresceu 1,3% a.a., porém os grupos etários mais jovens sofreram decréscimos (conforme tabela 2) em seus contingentes, ao passo que os segmentos em idade adulta e, particularmente os idosos, cresceram (conforme tabela 1) a taxas expressivas. A despeito desse processo, o grau de envelhecimento da população da região Oeste, medido por meio do índice de

idoso[11], situa-se entre os mais baixos (16,1%) do Estado, comparativamente aos índices apresentados pelas demais regiões paranaense, em 2000 (PARANÁ, 2005b).

Tabela 1- População por grandes grupos etários e índice de idosos segundo mesorregiões geográfica – Paraná -2000

MESORREGIÃO	GRUPO ETÁRIO (anos)		ÍNDICE DE IDOSOS (%)
	0 a 14	65 e +	
Noroeste	175.651	46.791	26,6
Centro-Ocidental	100.469	22.505	22,4
Norte Central	488.158	117.304	24,0
Norte Pioneiro	155.005	40.359	26,0
Centro-Oriental	191.646	34.223	17,9
Oeste	339.502	54.733	16,1
Sudoeste	140.573	27.757	19,7
Centro-Sul	181.002	24.237	13,4
Sudeste	116.713	22.165	19,0
Metropolitana de Curitiba	858.411	150.520	17,5
PARANÁ	2.747.130	540.594	19,7

Fonte: PARANÁ, 2005b.

Tabela 2 – Taxas médias geométricas de crescimento anual da população segundo grupos etários e mesorregiões geográficas – Paraná – 1991-2000

MESORREGIÃO	GRUPO ETÁRIO (anos)						
	0 a 6	7 a 14	15 a 17	18 a 64	65 e +	10 e +	Total
Noroeste	-2,2	-1,8	-1,6	0,4	4,0	0,2	-0,2
Centro-Ocidental	-3,6	-2,6	-2,3	-0,5	3,7	-0,7	-1,2
Norte Central	-0,9	-0,5	0,7	1,9	4,5	1,7	1,2
Norte Pioneiro	-2,1	-1,9	-0,7	0,6	3,3	0,4	-0,1
Centro-Oriental	0,5	-0,2	0,5	2,2	3,6	1,8	1,5
Oeste	-0,7	-0,1	0,2	2,1	5,1	1,8	1,3
Sudoeste	-2,4	-1,6	-0,7	0,6	4,2	0,5	-0,1
Centro-Sul	-0,3	-0,7	-0,4	1,4	4,0	1,0	0,7
Sudeste	-0,1	-0,7	-0,2	1,6	3,2	1,2	0,9
Metropolitana de Curitiba	1,9	1,2	2,7	3,8	5,1	3,5	3,1
PARANÁ	-0,2	-0,3	0,6	2,1	4,4	1,9	1,4

Fonte: PARANÁ, 2005b.

[11] O índice de idosos – uma medida do envelhecimento de uma população, mede a relação entre o número de pessoas idosas e o número de pessoas nos grupos etários mais jovens (neste estudo, pessoas com 65 anos ou mais e menores de 15 anos, respectivamente).

No que tange à composição por sexo da população dos distintos grupos etários, a região Oeste, a exemplo das demais regiões do Estado, evidencia uma predominância masculina no segmento de crianças e jovens (abaixo de quinze anos) residentes na área, condizente com o padrão em geral percebido na maior parte das estruturas demográficas conhecidas. Já as faixas de idade intermediária e superior da população regional apresentam, em média, um predomínio numérico feminino, resultante dos efeitos da seletividade migratória por sexo e idade combinados àqueles provenientes da sobremortalidade (Conforme **tabela 3**) masculina, comumente observada particularmente entre os idosos.

Tabela 3 – Razão de sexo segundo grupos etários e mesorregiões geográficas – Paraná-2000

MESORREGIÕES	RAZAO DE SEXO (1)		
	0 a 14 anos	15 a 64 anos	65 e + anos
Noroeste	103,8	96,9	104,5
Centro Ocidental	104,2	97,2	103,7
Norte Central	103,7	95,0	87,7
Norte Pioneiro	104,2	99,3	92,9
Centro Oriental	103,2	98,2	83,1
Oeste	103,7	96,5	93,3
Sudoeste	104,0	98,8	87,7
Centro-Sul	103,7	100,8	94,8
Sudeste	104,4	105,6	85,7
Metropolitana de Curitiba	103,8	96,9	86,1
PARANÁ	103,8	96,9	86,1

Fonte: PARANÁ, 2005b.
Nota: Dados Trabalhados pelo IPARDES
(1) A razão de sexo expressa o número de homens observado na população em estudo em relação a cada grupo de 100 mulheres.

É evidente que, no âmbito interno da região Oeste, existe marcante heterogeneidade no comportamento evolutivo das variáveis demográficas. Alguns municípios encontram-se em estágios mais avançados da transição dos níveis altos para níveis baixos de fecundidade e mortalidade, enquanto outros ainda evidenciam menores transformações. Além disso, a intensa mobilidade populacional que se observa nas especialidades da região, envolvendo trocas intermunicipais no interior da própria região, entre regiões distintas, bem como interestaduais e mesmo internacionais, constitui um forte elemento definidor do padrão demográfico das localidades, condicionando estreitamente as estruturas por sexo e idade de suas populações (PARANÁ, 2005b).

Entre 1970 e 1980, o crescimento da população total de alguns municípios do Oeste situou-se entre os mais altos do Estado, como Foz do Iguaçu (13,9% a.a.) e Cascavel (4,6% a.a). Esses municípios continuam crescendo, nas décadas seguintes, em taxas bem superiores à média do Estado e da própria região. Em 2000, concentravam, em conjunto, 44,3% do total da população regional (PARANÁ, 2005b).

A rede de cidades da região Oeste articula um conjunto de 50 centros, sendo apenas dois, Foz do Iguaçu e Cascavel, com população urbana e total superior a 200 mil habitantes, e, Toledo, na classe subseqüente, não tendo atingido ainda 100 mil habitantes. Estes concentram 52,9% da população total e 61,5% da população urbana regional. Do restante da população, 18,6% localiza-se em municípios com população entre 20 mil e 50 mil habitantes e 24,2% encontra-se em municípios com menos de 5 mil habitantes (PARANÁ, 2005b).

Cascavel pode ser considerada pólo regional, estrategicamente situada no acesso às fronteiras internacionais, comandando um subsistema urbano com vínculos

muito estreitos ao principal pólo do Estado, Curitiba. Destaca-se pelo desempenho de funções de alta e média complexidade para o atendimento das demandas regionais. Sua localização geográfica e a extensão da área de influência de sua centralidade atribuem-lhe a condição de articular em sua rede de centros, além de cidades da própria região e de regiões vizinhas, centros do Estado do Mato Grosso do Sul, compartilhando sua influência com Dourados e, a partir de Foz do Iguaçu, compõe ainda relações intensas com cidades fronteiras do Paraguai e da Argentina (PARANÁ, 2005b).

Em relação ao perfil de saúde da região Oeste do Paraná, entendemos que a saúde de uma população reflete o contexto sócio-econômico-ambiental mais amplo no qual está inserida, mas também resulta do padrão demográfico que a caracteriza. Assim, não apenas o grau de desenvolvimento e a abrangência do nível de bem-estar social alcançado pela população estarão condicionando o quadro das doenças e dos óbitos que a afetarão, como também o padrão etário e a composição por sexo vigente, terão seu peso.

Populações em que predominam segmentos etários jovens, por exemplo, tenderão a apresentar um perfil de morbimortalidade mais associado a problemas originados no período perinatal, a doenças infecciosas e parasitárias e a causas externas, ao passo que populações com tendência ao envelhecimento demandam o setor saúde, principalmente, com problemas circulatórios e advindos de neoplasias (PARANÁ, 2005b).

Nesse sentido, os dados relacionados a óbitos e a internações hospitalares fornecem elementos de suma importância no conhecimento dos níveis e padrões de saúde da população, ao mesmo tempo em que proporcionam subsídios para o

planejamento das ações das políticas de atenção a saúde dos distintos segmentos populacionais (IBGE, 2002).

Em relação à mortalidade infantil, há uma tendência inequívoca e continuada de declínio de seus níveis no conjunto do país, embora ainda se observem profundas desigualdades sociais e espaciais provocando situações diferenciadas entre regiões, estados e unidades territoriais menores. A região Oeste, nesse contexto, não é diferente dos padrões nacionais.

A despeito das melhorias nas condições de saúde, educação e saneamento alcançadas pelo conjunto dos municípios da região ao longo do tempo, com conseqüentes ganhos de vida para a população infantil, ainda se observam expressivos diferenciais intra-regionais nos coeficientes de mortalidade infantil, registrando-se grupos de municípios com níveis bem superiores à média do Estado, em 2000 (20,3 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos), em contraposição a outros, com coeficientes inferiores a 10 óbitos infantis por mil nascidos vivos.

A análise do padrão de morbimortalidade, segundo causas de óbitos, constitui, igualmente, um importante indicador das condições mais gerais de saúde da população, além de sinalizar prováveis pontos de pressão de demanda sobre áreas específicas do sistema público de atendimento a saúde da região.

No que tange ao quadro da mortalidade, a região Oeste, acompanhando a média do Estado, registrou em 2000, mais de 60% de óbitos associados a apenas três causas: doenças do aparelho circulatório (32,1%); causas externas (16,0%); e neoplasias (14,2%). É importante sublinhar, no entanto, que, diferentemente das demais regiões do Estado, a Oeste foi a única a ter o grupo das causas externas, consideradas mortes violentas, como segunda principal causa de mortalidade. A

despeito disso, em cada um dos grupos a região respondeu pela terceira maior proporção dos óbitos do Paraná, condizente com seu peso no conjunto da população estadual.

O quadro da demanda por internações hospitalares na rede pública ou conveniada do SUS, na região, não difere muito da média estadual e tem nas doenças do aparelho respiratório, nos problemas decorrentes de gravidez, parto e puerpério e nas doenças do aparelho circulatório as principais causas. Para, praticamente, todos os grupos de causas de internação hospitalar a região Oeste, em junho de 2003, representou a terceira maior demanda do Estado. No entanto, convém salientar que o peso das internações com sintomas e sinais mal definidos (20%) foi elevado, o segundo maior dentre as regiões do Estado (PARANÁ, 2005b).

No âmbito intra-regional, as maiores demandas por hospitalização em Cascavel e em Foz do Iguaçu decorreram de problemas ligados à gravidez, parto e puerpério, ao passo que, em Toledo, o peso maior deveu-se a problemas respiratórios. Em 15 municípios da região, este último grupo de causas de internação apresentou peso superior a 40%, alcançando mais 50% em outros 5 municípios, segundo dados de junho de 2003. Por outro lado, Foz do Iguaçu divide com Cascavel as maiores proporções de internações hospitalares da região em praticamente todos os grupos de causas, destacando-se aos grupos de doenças infecciosas e parasitárias, do sistema nervoso, do aparelho digestivo, de problemas relacionados à gravidez e, principalmente, gerando hospitalização com sintomas e sinais mal definidos (PARANÁ, 2005b).

Do ponto de vista da capacidade instalada dos serviços de saúde disponibilizados à população da região Oeste, ainda que os dados refiram-se apenas

aos serviços cadastrados para prestarem atendimento ao SUS, não refletindo, portanto, a capacidade total instalada do setor, é digna de nota que a rede ambulatorial regional conta com 598 unidades prestadoras de serviços distribuídas em vários tipos e com 70 hospitais, que disponibilizam cerca de 3,7 mil leitos, distribuídos nas diversas especialidades.

A oferta da rede ambulatorial da região concentra-se nas unidades de tipo centro de saúde, consultórios e postos de saúde, devendo-se mencionar a escassa disponibilidade de unidades de tipo policlínica, pronto-socorro geral, unidade de saúde da família e unidade de vigilância sanitária, além da inexistência de pronto socorro especializado, de acordo com dados de maio de 2003. Essa carência confirma-se ao observar que a participação da região no conjunto de oferta estadual dessas unidades de serviços resulta bastante inferior a da maior parte das demais regiões (PARANÁ, 2005b).

A distribuição da oferta de rede ambulatorial entre os municípios da região concentra-se principalmente nos municípios mais populosos – Cascavel, Foz do Iguaçu, Toledo, Marechal Cândido Rondon e Assis Chateaubriand, sendo que, em Cascavel, as duas principais unidades de atendimento são os centros de saúde e os consultórios, ao passo que, em Foz do Iguaçu, as maiores proporções de atendimento cabem às clínicas especializadas e as unidades de saúde da família.

A oferta de leitos hospitalares da região também ocupa a terceira posição no conjunto disponível no Estado, nas principais especialidades. O número médio de leitos por mil habitantes (3,3) situa-se um pouco acima da média paranaense (3,0), equiparando-se apenas ao da região Norte Pioneiro. No entanto, esta média situa-se bem acima em vários municípios da região, destacando-se a de Marechal Cândido

Rondon (10,8), devido à oferta de leitos psiquiátricos – e a de Toledo (4,4), com peso para leitos pediátricos e de clínica médica (PARANÁ, 2005b).

De modo geral, observa-se que a oferta de serviços médicos e de leitos hospitalares em especialidades mais complexas, na região, encontra-se bastante concentrada, especialmente em Cascavel. A maior parte do atendimento na área da saúde é ainda de caráter curativo, permanecendo baixos os investimentos realizados em programas preventivos (PIERUCCINI; TSCHÁ; IWAKE, 2003).

Entretanto, é preciso assinalar que, no âmbito da região Oeste, principalmente nos pequenos municípios, a atuação dos agentes comunitários de saúde é importante vetor de reforço das ações preventivas, com destaque significativo.

A Secretaria Estadual da Saúde (SESA) e o Instituto de Saúde do Paraná (ISEP), sob o ponto de vista administrativo, está organizada em 22 Regionais de Saúde, que constituem a instância administrativa intermediária, junto aos municípios. É por meio destas Regionais de Saúde que o Estado exerce seu papel de apoio, cooperação técnica e investimentos nos municípios e nos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS), em 2001, passou a contar com um instrumento significativo para o processo de descentralização baseado na estratégia da regionalização, visando possibilitar o acesso de todos os cidadãos a ações de saúde resolutivas e de qualidade em todos os níveis de atenção. Este instrumento é a Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS) –NOAS/SUS 01/2001, aprovada por meio da portaria número 95 do Ministério da Saúde de 26 de janeiro de 2001, que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica, estabelece o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de

gestão do SUS e procede a atualização dos critérios de habilitação de Estados e municípios.

A NOAS/SUS estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. O instrumento de ordenamento desse processo instituído pela NOAS/SUS é o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que deve ser elaborado na perspectiva de garantir o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromisso entre gestores para o atendimento de referencias intermunicipais. Segundo a NOAS/SUS, as Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela elaboração do PDR, em consonância com o Plano Estadual de Saúde.

O Plano Diretor de Regionalização segundo a NOAS/SUS 01/01, deve ser elaborado na perspectiva de garantir:

a) Acesso ao conjunto de ações e serviços mínimos abaixo relacionados, o mais próximo possível de sua residência, são eles:

Assistência ao pré-natal, parto e puerpério;

Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;

Cobertura universal do esquema Programa Nacional Imunização para todas as idades;

Ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;

Tratamento das intercorrências mais comuns na infância;

Atendimentos de afecções agudas de maior incidência;

Acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;

Tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;

Tratamento de distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes[12]

Controle das doenças bucais mais comuns;

Suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica.

No Estado do Paraná o PDR foi elaborado por meio de um amplo processo que contou com a participação de todos os gestores representantes dos 399 municípios paranaenses, sendo aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite e pelo Conselho Estadual de Saúde. O PDR aprovado contempla uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialização[13] na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, possibilitando o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando recursos disponíveis (PARANÁ, 2001).

Dessa forma, foram realizadas 22 reuniões envolvendo todas as Regionais de Saúde, com a participação dos Secretários Municipais de Saúde e representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) e do Instituto de Saúde do Estado do Paraná (ISEP) onde foram definidas propostas de conformação das microrregiões[14] e dos módulos assistenciais[15] e município sede de módulo[16]. Assim foram discutidas as necessidades de investimentos e prioridades de intervenção. A participação dos

---

[12] Grifo Nosso

[13] Territorialização – é uma técnica utilizada para diagnóstico da realidade de saúde a ser trabalhada em um determinado território.

[14] Compreende um conjunto mínimo de serviços de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados por um ou mais módulos assistenciais (compreende as atividades ambulatoriais, de apoio e diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar).

[15] Base territorial com resolubilidade correspondente ao 1º nível de referência, podendo ser constituído por 01 ou mais municípios; cada módulo assistencial deverá ter um município do Módulo Assistencial e cada município só pode integrar um Modulo Assistencial.

[16] Município existente em um módulo assistencial que apresente capacidade de ofertar a totalidade dos serviços correspondentes ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência para sua população e para a população de outros municípios a ele adstritos.

municípios do Estado nessas reuniões atingiu um percentual de 98% (391 municípios) (PARANÁ, 2001).

O PDR, no Paraná, é o produto do consenso das reuniões descentralizadas realizadas nas Regionais de Saúde, durante o período de 04 a 28/05/2001, no que diz respeito à conformação das microrregiões e módulos assistenciais ficaram estabelecidas 22 microrregiões e 92 Módulos Assistenciais de Saúde no Estado, as quais foram aprovadas pela Comissão Intergestores Bipartite e pelo Conselho Estadual de Saúde, abaixo **figura 2** mostra a distribuição das microrregiões do Estado do Paraná (PARANÁ, 2003).

Figura 2 - Distribuição das 22 Microrregiões do Estado do Paraná

Fonte: PARANÁ, 2003. www.saúde.pr.gov.br

Estaremos, neste momento, fazendo uma descrição da Microrregião de Saúde 10, a qual é composta por 25 municípios, que foram distribuídos em sete módulos assistenciais, tendo Cascavel como pólo microrregional e estadual. Cascavel nesta organização ficou como município sede de um “módulo assistencial” da microrregião 10; módulo este que compõe nove municípios, os quais participaram da presente pesquisa, sendo eles: Cascavel, Ibema ,Três Barras do Paraná, Lindoeste, Santa Tereza do Oeste, Céu Azul, Guaraniaçu, Catanduvas e Nova Aurora.

A microrregião 10, conta com uma população geral de 464.696 habitantes, os municípios, em sua maioria, são de pequeno porte, variando entre 1.970 e 23.794 habitantes, exceto Cascavel que conta com 243.139 habitantes, conforme **tabela 4** a seguir:

Tabela 4– Municípios da 10ª Regional de Saúde e respectiva população

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO/HABITANTES
Anahy	2.547
Braganey	5.410
Boa Vista da Aparecida	10.104
Cascavel	243.139
Cafelândia	11.577
Capitão Leônidas Marques	17.648
Catanduvas	10.393
Campo Bonito	4.696
Céu Azul	10.329
Corbélia	15.195
Diamante do Sul	2.909
Espigão Alto do Iguaçu	5.587
Formosa do Oeste	7.947
Guaraniaçu	17.345
Ibema	7.314
Iguatu	1.970
Iracema do Oeste	2.421
Jesuítas	8.712
Lindoeste	7.136
Nova Aurora	13.722
Quedas do Iguaçu	23.794
Santa Tereza do Oeste	11.658
Santa Lucia	3.614
Três Barras do Paraná	10.911
Vera Cruz do Oeste	8.618
TOTAL	**464.696**

Fonte: PARANÁ, 2003. www.saúde.pr.gov.br

Todos os municípios dessa microrregião apresentam condições de habilitação na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada pela NOAS/SUS – 01-2001, (PARANÁ, 2003). A microrregião 10, apresenta possibilidade de implantar sete módulos assistenciais, tendo os

seguintes municípios como sede de módulo: Cascavel (com 9 municípios); Vera Cruz do oeste (com 3 municípios); Quedas do Iguaçu (com 2 municípios), Capitão Leônidas Marques (com 2 municípios), Formoso do Oeste (com 3 municípios), Corbélia (com 3 municípios) e Cafelândia (com 2 municípios), conforme distribuição abaixo:

O módulo de Cascavel com nove municípios (municípios estes que participaram da pesquisa), são eles:

- Cascavel – Município sede;
- Ibema;
- Três Barras do Paraná;
- Lindoeste;
- Santa Tereza do Oeste;
- Céu Azul;
- Guaraniaçu;
- Catanduvas;
- Nova Aurora.

O módulo de Vera Cruz do Oeste, com três municípios:

- Vera Cruz do Oeste;
- Diamante do Sul;
- Campo Bonito.

O módulo de Quedas do Iguaçu, com dois municípios:

- Quedas do Iguaçu;
- Espigão Alto do Iguaçu;

O módulo de Capitão Leônidas Marques, com três municípios:

- Capitão Leônidas Marques;
- Santa Lucia;
- Boa Vista da Aparecida.

O módulo de Formosa do Oeste, com três municípios:

- Formosa do Oeste;
- Jesuítas;
- Iracema do Oeste.

O módulo de Corbélia, com três municípios:

- Corbélia;
- Iguatu;
- Braganey**.**

O módulo de Cafelândia, com dois municípios:

- Cafelândia;
- Anahy

Nessa microrregião há alta resolubilidade em atenção à saúde, pois Cascavel é um grande centro de assistência, onde poucos são os procedimentos que exigem referência para outras regiões do Estado. Quando necessário, os encaminhamentos são para Curitiba, na microrregião 2. Há ainda alguns pacientes referenciados para o Estado de São Paulo (PARANÁ, 2001).

Dada à resolubilidade no município de Cascavel é comum o encaminhamento de pacientes de outros Estados, como Mato Grosso do Sul e Santa Catarina principalmente para serem atendidos (PARANÁ, 2001).

Cabe ressaltar que os municípios da microrregião constituíram um Consórcio Intermunicipal de Saúde, com infra-estrutura de atenção à média complexidade, com sede no município pólo que é Cascavel. O quadro a seguir mostra as características gerais dos nove municípios que compõem este estudo.

Quadro 5 – Perfil dos Municípios que compõem esse estudo

MUNICÍPIO	Organização dos Serviços de Saúde (Unidades ambulatoriais e Hospitalares)		POPULAÇÃO			PERFIL EPIDEMIOLÓGICO 2003- MORTALIDADE			FINANCIAMENTO		
	Unidade	Quantidade	URBANA	RURAL	TOTAL	Infantil (1.000 NV)	Materna (100.000 NV)	Geral	Atenção básica	Hospitalar	Total
Cascavel	a) Unidade Básica de Saúde b)Pronto Atendimento continuado –PAC c)CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial Infantil d) CAPS ad-Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e)Hospital Universitário f) Hospital Privado Conveniado SUS g) Ambulatório de Saúde Mental - CASM	30 02 01 01 01 04 01	259.255	18.927	278.182	16,20	73,62	4,64	436.867,23	-	436.867,23
Céu Azul	a) Unidade de Saúde da família b) Outros c) Hospital Privado	02 01 01	7.134	3.223	10.357	6,76	00	5,10	44.943,49	-	44.943,49
Catanduvas	a) Posto de Saúde b) Centro de Saúde c)Pronto Atendimento d) Unidade Saúde da Família e)Outros f) Hospital Privado	03 07 01 05 16 01	5.108	5.690	10.798	5,85	00	5,85	29.713,42	-	29.713,42
Guaraniaçu	a) Centro de Saúde b) Pronto Socorro c) Hospital Privado d) Hospital Filantrópico	05 01 02 01	6.859	7.651	14.510	13,29	00	4,91	63.943,23	-	63.943,23
Três Barras do Paraná	a) Centro de Saúde b)Pronto Atendimento 24 hrs c) Outros d) Hospital público	13 01 01 01	4.104	5.738	9.842	20,94	00	7,83	36.512.32	-	36.512.32
Santa Tereza do Oeste	a) Posto de Saúde b) Centro de Saúde c)Pronto Atendimento 24 hrs d) Unidade Saúde da Família e) Outros	04 02 01 01 01	9.571	4.085	13.656	16,13	00	3,94	20.964,96	-	20.964,96
Ibema	a) Centro de Saúde b)Pronto Atendimento 24 hrs c) Unidade Saúde da Família d) Hospital público	01 01 03 01	4.318	1.407	5.725	31,25	1.041,67	7,07	7.252,97	-	7.252,97
Lindoeste	a) Posto de Saúde b)Hospital Municipal	01 01	2.231	3.584	5.815	25,97	00	5,64	8.844,05	-	8.844,05
Nova Aurora	a) Centro de Saúde; b) Mini Postos c) Hospital Privado d) Laboratório; e) Sala de Raios-X	01 03 01 01 01	8.288	4.193	12.481	12,66	00	5,28	20.220,84	-	20.220,84

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná/ Instituto de Saúde do Paraná, 2005/ Planos Municipais de Saúde.

Consideramos que a contextualização demográfica e epidemiológica apresentada propicia o desenho de um cenário no qual se inscrevem os documentos – Planos Municipais de Saúde analisados na seqüência do texto, bem como, na análise dos Discursos dos Sujeitos Coletivos – os gestores, ou Secretários de Saúde dos municípios estudados.

Os documentos e Discursos dos Sujeitos Coletivos foram analisados tomando-se por eixo os momentos do Planejamento Estratégico Situacional, quais sejam: Momento Explicativo, Normativo, Estratégico e Tático-operacional.

II - ANÁLISE DOCUMENTAL – Sistematização e análise dos planos municipais de saúde conforme momentos do planejamento estratégico situacional

Enfrentar com competência política a implantação da reforma psiquiátrica no plano das políticas sociais tem sido um desafio para o conjunto de participantes desta pesquisa – os gestores municipais de saúde.

A possibilidade desta competência tem sido marcada tanto pela capacidade de operar com um imaginário social que desconhece a complexidade de um modelo de atenção em Saúde Mental, centrado em serviços territoriais substitutivos, “a priori” aderindo a qualquer perspectiva de uma atenção mais hospitalocêntrica. Quanto pela capacidade de operar com a construção de políticas de mudança efetiva na vida cotidiana das pessoas que enfrentam problemas na área de psiquiatria, no sentido do acesso aos benefícios que se traduzam em uma melhoria da qualidade de vida das pessoas portadoras de transtornos psíquicos.

Em ambas as situações temos avanços e retrocessos, porém cremos que nos processos de implantação de novas práticas de saúde mental no país, temos identificado dificuldades principalmente no modo como se estruturam e se gerenciam os processos de trabalho, nos distintos tipos de estabelecimentos que ofertam serviços de saúde, essencialmente comprometidos com a defesa da vida individual e coletiva.

O que se pretende fazer neste momento da pesquisa é uma apresentação e discussão do modo de operar uma tecnologia, de planejamento estratégico, o Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus. Utilizando-se dos Planos Municipais de Saúde (PMS), dos municípios que fazem parte da pesquisa, procuramos

identificar cada momento do método do Planejamento Estratégico Situacional, mostrando as facilidades e dificuldades específicas de cada local em produzir serviços de atenção em saúde mental que contemplem a lógica do planejamento. Conceituamos cada momento do Planejamento Estratégico Situacional, com o intuito de subsidiar a visualização nos Plano Municipal de Saúde, das proposições quanto à operacionalização de uma política de atenção em saúde mental.

Conforme Acúrcio et al. (1998), não se tem a pretensão de oferecer uma receita pronta, aplicável a qualquer situação, pois a prática tem mostrado que não pode e nem deve haver rigidez na aplicação de um método ou na submissão a ele. Em cada local, em cada experiência, o método vai sofrendo adaptações, adequando-se aos distintos sujeitos e seus respectivos processos.

O primeiro Momento do Planejamento Estratégico Situacional é o Momento Explicativo. Segundo Matus (1993), explicar é também desenhar, fazer cálculo estratégico e avaliar o que foi feito antes. Devemos explicar a realidade a nossa volta, que é pertinente para a ação. Na prática, explicar a situação presente implica em reconsiderar a validade do conjunto de problemas relevantes com base nos quais viemos conduzindo nossa intervenção sobre o sistema.

Para Matus (1993), os problemas podem ser agrupados em vários tipos de taxonomias, uma delas é aquela que classifica os problemas em estruturados e quase-estruturados. Os problemas quase-estruturados são aqueles mais complexos, pois torna-se difícil de enumerar todas as suas causas (multicausados). Por isso é importante descrever bem o problema que se quer enfrentar, identificando os nós críticos (causas do problema).

Nesta etapa do planejamento, corroboramos com Matus (1993) quando diz que a explicação da realidade é um dos primeiros problemas que o planejador enfrenta. Pudemos constatar na análise dos Planos Municipais de Saúde a dificuldade enfrentada pelos gestores em identificar e explicitar o momento explicativo, pois o fazem de uma forma incipiente e com estrutura mínima, onde levantam alguns problemas de Psiquiatria e de Saúde mental, porém não quantificam, não explicam, não apontam nós críticos e não elegem prioridades para enfrentá-los, bem como, não esclarecem quem levantou esses problemas.

No Planejamento Estratégico Situacional após identificar, explicar e apontar os nós críticos que envolvem os problemas de Saúde Mental e Psiquiatria dos municípios, passamos para o segundo momento do PES que é o Momento Normativo. Aqui é a hora de iniciarmos o planejamento propriamente dito, o qual é composto por operações para impactar as causas mais importantes do problema ou intervir nos nós críticos encontrados no momento explicativo. As operações são um conjunto de ações ou agregados de ações, consumidoras de recursos de vários tipos, que serão desenvolvidas no decorrer do plano. Toda operação implementada deve resultar em um produto (s) e resultado (s). Produto é o que fica mais palpável e imediatamente observável. O resultado é o impacto sobre os problemas ou sobre as causas do problema (CECILIO, 1997).

Num plano estratégico o programa direciona, é flexível e mutável diante de cada nova situação. Toda vez que muda a situação presente torna-se necessário revisar a situação inicial (MATUS,1993). A ação é o instrumento do homem para mudar a situação e a operação é um compromisso de realização de uma ou várias ações. Assim, esses compromissos devem cumprir os seguintes requisitos: definir claramente

o responsável pela ação, precisar concretamente os meios que se utilizarão para alcançar os efeitos e resultados previstos, prever a dimensão em relação aos nós críticos, exigir uma aplicação de recursos (recursos de poder e recursos econômicos) e estabelecer tempo para alcançar os resultados esperados (MATUS, 1993).

O momento normativo aparece nos Planos Municipais de Saúde analisados como solução para os problemas apontados no momento anterior. É o momento em que são definidas as atividades necessárias com o intuito de amenizar os problemas de psiquiatria e saúde mental, como podemos observar no quadro de sistematização e análise dos Planos Municipais de Saúde.

As atividades explicitadas nos Planos foram: contratação de profissionais capacitados e Capacitação técnica dos recursos humanos, implementação de um sistema de fornecimento regular de medicamentos, acompanhamento domiciliar, atividades manuais e esportivas, palestras educativas a nível municipal com os profissionais incluindo outras secretarias, implantação de um programa de ação continuada de saúde para drogas e álcool, implantação programa de ambulatório especializado em saúde mental, atendimento individual aos familiares, acompanhamento de gestantes portadoras de deficiência mental, criação do Hospital Dia, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Pronto atendimento em Saúde Mental na comunidade, Lar abrigado/ moradia protegida, leito psiquiátrico em hospital geral, leito de dependência química e consultoria escolar.

O que encontramos nos documentos pesquisados caracteriza um modelo de planejamento restrito ao modelo tradicional, uma vez, que utiliza somente o momento normativo, Matus (1993), advoga que o planejamento tradicional é impotente para lidar com a complexidade da realidade social, por ter sido concebido com princípios

deterministas, em que o cálculo se baseia na predição e não considera a capacidade de planejamento de outro ator nem a ocorrência de surpresas ou a existência de incertezas.

Pela proposta do Planejamento Estratégico Situacional neste momento devem também ser definidos, além das atividades, os responsáveis por elas, bem como os prazos para a realização destas atividades propostas e os recursos necessários, no entanto, como podemos visualizar no quadro de sistematização e análise dos Planos Municipais de Saúde, todos os municípios elencaram somente as atividades, não responsabilizando ninguém, não colocando prazos para as atividades a serem desenvolvidas nem, tampouco, os recursos necessários, informações essas importantes para se efetivar um planejamento.

Identificados os dois primeiros momentos - o explicativo e o normativo - partimos para buscar o terceiro momento do Planejamento Estratégico Situacional, qual seja, o Momento Estratégico. O momento estratégico concentra-se no cálculo da articulação entre o deve ser e o pode ser. Aqui se devem identificar as restrições e procurar uma via para aumentar a possibilidade de resolução do problema, concebendo estratégias de cooperação com outros atores sociais, estratégias de cooptação de atores sociais e estratégias de conflito com outros atores sociais. A cooperação, a cooptação e o conflito não são excludentes na estratégia de um ator social, pois essas vias estratégicas são relativas a vários outros atores sociais e aos diversos projetos e operações que fazem parte dos programas direcionais dos atores sociais relevantes (MATUS, 1993).

Constatamos a existência de uma preocupação por parte dos municípios, retratada nos Planos Municipais de Saúde, com relação à necessidade de criar,

estimular parcerias com outros setores da sociedade para colocar em prática as ações definidas na área de Psiquiatria e Saúde Mental, bem como aprovar políticas no âmbito dos Conselhos Municipais de Saúde, preocupações explicitadas no Momento Estratégico, nos quadros de sistematização.

O quarto Momento do Planejamento Estratégico Situacional é o Tático-Operacional, constituindo-se o momento central da mediação entre o conhecimento e a ação. As principais dificuldades nessa mediação, segundo Matus (1993), são a comunicação e o tempo ou ritmo.

O sucesso do plano, ou ao menos a possibilidade de que ele seja implementado, depende de como será feita a operacionalização. Aqui devemos prestar contas das ações realizadas e daquelas não realizadas e que foram previstas no planejamento. Este momento não se limita apenas a dizer se a operação foi realizada ou não. Deve ser analisado o porquê não foi possível fazer, reavaliando a adequação da operação proposta e/ou a existência de controle real de recursos para sua execução. Prestar contas é também conseguir avaliar, de forma sistemática, o impacto das operações sobre o(s) problema(s) que está (ão) sendo enfrentado(s). Pressupõe, portanto um sistema permanente de conversações (CECILIO, 1997).

O Momento Tático-Operacional não aparece explicitado nos Planos Municipais de Saúde analisados. Somente um município diz que a avaliação será feita conforme as ações forem implantadas, mas não define como vai se dar este processo.

A análise dos Planos permite confirmar o segundo pressuposto da nossa pesquisa, de que existe dificuldade por parte dos gestores, conceitual e metodológica na aplicação dos passos do Planejamento Estratégico Situacional quanto aos seus quatro momentos (explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional) de modo que

este planejamento contemple a especificidade local dos municípios e os princípios da reforma psiquiátrica.

Existe sim dificuldade metodológica em relação ao planejamento em saúde, pois os municípios o fazem ainda de forma muito empírica, porém, conforme Cecílio (1997), sabemos que a maioria das nossas organizações de saúde trabalha com sistemas de direção que poderiam ser chamados de baixíssima responsabilidade, ou seja, não há tradição das pessoas trabalharem bem a declaração de compromissos diante de determinadas tarefas e, muito menos, com nenhum método de cobrança efetiva sobre possíveis compromissos assumidos.

Para esse autor (1997:166-167), devemos considerar que:

> [...] as agendas da direção superior, bem como das gerências intermediárias, vivem lotadas com problemas emergenciais, que aparentemente não podem ser “deixados para depois”, de modo que nunca sobra tempo para “trabalhar com planejamento”.

O planejamento local não deve ser encarado como panacéia capaz de resolver todos os problemas a serem enfrentados pelos gestores municipais, no entanto, ele tem se mostrado importante para o processo de gerenciamento, especialmente porque o planejamento tem funcionado como estimulador para a reflexão, a avaliação e a comunicação entre os atores envolvidos na gestão dos serviços de saúde (ACÚRCIO, et. al., 1998).

Importante considerar também que não nos detivemos num aprofundamento acerca da discussão conceitual sobre planejamento, e que a proposta que adotamos para análise dos Planos Municipais de Saúde consiste num recorte metodológico a partir dos quatro momentos do Planejamento Estratégico Situacional. Por meio da análise dos Planos Municipais de Saúde queremos mostrar aos sujeitos participantes

da pesquisa que muito mais do que dominar toda a complexidade do cálculo estratégico interessa que as pessoas possam, processualmente, apropriar-se de um raciocínio estratégico, que potencialize sua criatividade e o desejo de transformar a situação de saúde indesejada na área de psiquiatria e saúde mental, em ações de saúde mais humanizadas e integralizadas.

A seguir, apresentamos os quadros com os dados coletados dos Planos Municipais de Saúde, onde visualizamos parte dos momentos do Planejamento Estratégico Situacional. Acreditamos que a partir destes quadros e das considerações levantadas por esta pesquisa, seja possível a colaboração com os gestores no sentido de motivá-los a adotar um método de planejamento.

Quadro 6 - Sistematização e análise dos planos municipais de saúde conforme momentos do planejamento estratégico situacional (Catanduvas e Guaraniaçu)

Município e período	Momento Explicativo	Momento Normativo	Momento Estratégico	Momento Tático-Operacional
Catanduvas	**- Problemas:** ⇨ Deficiência de Recursos Humanos; ⇨ Deficiência no fornecimento de medicamentos; ⇨ Atendimento na crise e internação; ⇨ Depressão em mulheres; ⇨ Epilepsia e drogas em adultos; **- Prioridades eleitas no PMS:** ⇨ Na Saúde do Adulto: Depressão; Na Saúde do idoso: Depressão.	⇨ Contratação de profissionais capacitados; ⇨ Implementar um sistema fornecimento regular de medicamento; ⇨ Acompanhamento domiciliar (AS e ACS); ⇨ Acesso ao tratamento; ⇨ Atividades manuais e esportivas; ⇨ Palestra trimestral a nível municipal com os profissionais incluindo outras secretarias.	⇨ Consórcios ; ⇨ Parcerias com a Secretaria da Ação Social.	⇨Não identificado no Plano Municipal de Saúde.
Guaraniaçu	Deficiência de Atendimento Especializado em Psiquiatria – ambulatorial e de internação.	Implantar um programa de ação continuada de saúde para drogas e álcool; Implantar programa de ambulatório especializado em saúde mental; Implantar e desenvolver programas de saúde preventiva em articulação com todos os setores de saúde e de outras Secretarias; Capacitação técnica dos Recursos Humanos.	Implantar ambulatório de Saúde Mental regionalizado; Manter convênio com o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná-CISOP	Não identificado no Plano Municipal de Saúde.

Fonte: Planos Municipais de Saúde. Período 2002 - 2004

Quadro 7- Sistematização e análise dos planos municipais de saúde conforme momentos do planejamento estratégico situacional (Três Barras do Paraná, Céu Azul, Santa Tereza do Oeste, Ibema, Lindoeste, Nova Aurora)

Município e período	Momento Explicativo	Momento Normativo	Momento Estratégico	Momento Tático Operacional
Três Barras do Paraná	Ausência de trabalho voltado para psicóticos, alcoólicos e drogados.	Acompanhamento desses indivíduos; Atendimento individual aos familiares; Realização de palestras com jovens e adolescentes enfocando álcool e drogas.	Encaminhamento ao Psiquiatra no CRE (Centro Regional de Especialidades)/ Acompanhamento com Assistente social.	Não identificado no Plano Municipal de Saúde
Céu Azul		Assistência farmacêutica no programa de Saúde Mental; Acompanhamento de gestantes portadoras de deficiência mental.	Padronização diferenciada de alguns medicamentos que não são oriundos da farmácia básica; Aumentar número de consultas em gestantes.	Não identificado no Plano Municipal de Saúde
Santa Tereza do Oeste	Ausência de um programa para atendimento a portadores de deficiência mental.	Criação de um Programa de Saúde Mental.	Aprovar a proposta de criação do Programa de Saúde Mental na Conferência Municipal de Saúde.	Não identificado no Plano Municipal de Saúde
Ibema	**- Principais Problemas:** Estresse em crianças e adolescentes.	Implementar e manter o Programa de Saúde Mental;	Será formalizada por meio de projetos escritos, para posterior avaliação.	**- Avaliação:** A avaliação dar-se-á à medida que as ações forem realizadas.
Lindoeste[14]				
Nova Aurora	**-Principais causas de morbidade ambulatorial:** Doenças do aparelho/ sistema nervoso.	Acompanhamento médico para pessoas com doenças do sistema nervoso.	Encaminhamento para o CISOP (Consórcio Interinstitucional do Oeste do Paraná).	Não identificado no Plano Municipal de Saúde

Fonte: Planos Municipais de Saúde. Período 2002 - 2004

[17]Não encontrado no Plano Municipal de Saúde de Lindoeste: problemas, ações e/ou atividades contempladas para os indivíduos com transtorno mental. **Fonte:** Planos Municipais de Saúde. Período 2002 - 2004

Quadro 8- Sistematização e análise dos planos municipais de saúde conforme momentos do planejamento estratégico situacional (Cascavel)

Município e período	Momento Explicativo	Momento Normativo	Momento Estratégico	Momento Tático Operacional
Cascavel	Programa de Saúde Mental deficitário; Deficiência de Recursos Humanos capacitados na área de Saúde Mental e Psiquiatria; Ausência de Leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais;	Implementação do programa de Saúde Mental; Criação do Hospital Dia; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Pronto atendimento em Saúde Mental na comunidade; Lar abrigado/ moradia protegida; leito psiquiátrico em hospital geral; leito de dependência química e consultoria escolar; Desenvolver as ações previstas no cronograma do Programa Municipal de Saúde Mental; Criar Centros de referência especializada para usuários de drogas; Fortalecimento das campanhas educativas e preventivas contra o tabagismo, alcoolismo e dependência química; Garantir a implantação e implementação de programas de capacitação profissional de todas as categorias.	Implantação da Coordenação municipal do Programa de Saúde Mental; Efetivar parcerias com iniciativa privada seja convênio ou credenciamento pelo SUS; Criação de comissões para agilizar os trabalhos na área de Saúde Mental; Criação de uma comissão permanente da Secretaria Municipal de Saúde e Universidades para discutir os problemas relativos à formação e atualização dos profissionais de saúde.	Não identificado no Plano Municipal de Saúde

Fonte: Planos Municipais de Saúde. Período 2002 - 2004

Conforme os quadros apresentados, chamam-nos a atenção duas questões apontadas nos Planos Municipais de Saúde. Primeiro, a deficiência de recursos humanos capacitados, quer seja pela falta de profissionais especializados em Psiquiatria e Saúde Mental ou pela falta de capacitação dos recursos humanos da rede em relação a questões relacionadas com a Psiquiatria e Saúde Mental.

Nesse contexto, ressaltamos que os municípios da região estudada contam com o Pólo de Capacitação de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde, o qual tem como objetivo propor cursos de capacitação, formação e especialização nas áreas deficientes. Portanto, os municípios podem buscar junto a esse órgão ajuda para preparar seus recursos humanos para trabalhar na área de Psiquiatria e Saúde Mental.

Neste item ainda, relacionado à falta de conhecimentos, nos chama a atenção também à dificuldade que os responsáveis na elaboração dos Planos municipais de Saúde de três municípios têm para diferenciar problemas relacionados com transtornos mentais e deficiência mental, aparecendo nos planos, ações que não fica claro se está direcionada para população acometida de transtorno mental ou, ações voltadas para indivíduos com problemas relacionados à área da neurologia, caracterizando uma deficiência conceitual das áreas distintas.

A segunda questão consiste na infraestrutura municipal para oferecer suporte para intervenção na crise e referência para internamento, acarretando num problema hoje, desencadeado a partir do fechamento do único hospital psiquiátrico da região e da não existência de leitos psiquiátricos em hospital geral para acolher as demandas para hospitalização.

Frente a essas dificuldades percebemos os esforços que esses municípios vêm fazendo para consolidar uma rede de atenção aos familiares e indivíduos portadores de transtornos psíquicos, os quais são mencionados nos Planos Municipais de Saúde através de iniciativas como: efetivação de consórcios com outros municípios para implantar ambulatório especializado em Saúde Mental regionalizado, parcerias com outras secretarias, como, Ação Social, elaboração de um protocolo de medicamentos em Psiquiatria e Saúde Mental, monitoramento dessas famílias pelos profissionais

assistentes sociais, implantação de programa de ação continuada de saúde para drogas e álcool, realização de trabalhos preventivos voltados para adolescentes e implantação efetiva de um Programa Municipal de Saúde Mental.

Os dados apresentados foram extraídos dos Planos Municipais de Saúde vigentes, no período de 2002 a 2004, nos municípios ora pesquisados, utilizando-se os momentos do Planejamento Estratégico Situacional como referencial de análise. Sabemos que essas informações são importantes para acompanhar o processo de implantação da Reforma Psiquiátrica na região estudada. Nesse sentido, a realização desse processo de conhecimento e análise da realidade funcionou como estratégia de construção de uma interpretação que inclua a utilização pelos gestores municipais dos momentos do Planejamento Estratégico Situacional.

Esperamos que esta experiência de análise dos Planos Municipais de Saúde, em relação às ações previstas na área da saúde mental e psiquiatria possa contribuir para o processo de trabalho de quem tem pela frente o enorme desafio de tornar realidade os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, mediante o exercício pleno da cidadania de todos os atores envolvidos na construção de uma sociedade mais justa e solidária.

III – Análise do Discurso do Sujeito Coletivo –DSC

Nesta etapa, são apresentados os dados referentes aos discursos dos nove secretários municipais de saúde. Os Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) foram construídos com fragmentos de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, como forma de expressar uma determinada idéia, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre as questões levantadas por esta pesquisa.

Em relação ao primeiro momento da pesquisa encontramos que dos nove secretários municipais de saúde, seis possuem nível superior, sendo que destes, quatro têm formação na área das Ciências Biológicas e da Saúde; um em Ciências Exatas e um em Educação Física; outros três possuem nível médio, sendo que dois na área de enfermagem e um na área de administração.

Para organizar os depoimentos dos sujeitos foram utilizados três figuras metodológicas: Expressões Chaves (ECH); Idéia Central (IC); e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Num primeiro momento, foram utilizadas duas delas, as Expressões Chaves (ECH) e as Idéias Centrais (IC), que apresentamos em um quadro (Apêndice 3); na seqüência, construímos o Discurso do Sujeito Coletivo, que seria então a terceira figura metodológica da proposta. Destes DSC são elencados o que chamamos de temas geradores de significações os quais são apresentados a seguir.

A primeira questão tratou do entendimento dos sujeitos sobre a Reforma Psiquiátrica. Foram obtidas respostas convergentes, onde construímos dois DSC, do qual extraímos dois temas geradores de significações, sendo trabalhado em dois

momentos separadamente, compondo parte do capítulo relativo à análise do material empírico, sendo denominados de:

Tema 1 – Reintegração;

Tema 2 – Suporte na crise.

A segunda questão solicitada ao sujeito foi que explicasse como são identificados os problemas de Saúde Mental em seu município e quais os principais problemas na área de Psiquiatria e Saúde Mental que seu município enfrenta atualmente. A partir das falas construímos três DSCs e elencamos três temas geradores de significações, sendo eles:

Tema 1 – Busca Ativa;

Tema 2 – Atendimento Especializado

Tema 3 – Família

A terceira questão requer que, após a identificação dos problemas, o sujeito explicite as ações que o município vem desenvolvendo nesta área. Construímos assim cinco DSCs, e desses discursos foram identificados três temas geradores de significações, que foram:

Tema 1 – Reorganização dos Serviços;

Tema 2 – Visita Domiciliar;

Tema 3 – Prevenção.

Na quarta questão indagou-se aos sujeitos do estudo como chegaram a essas ações e quem participou dessas decisões /ações propostas pela sua secretaria. Dos fragmentos das falas construímos dois DSC e elencamos dois temas geradores de significações, a saber:

Tema 1 – Equipe;

Tema 2 – Intersetorialidade.

O quinto questionamento referiu-se às dificuldades que o município vem enfrentando para implementar as ações de saúde mental. Aqui surgiram dois DSCs e três temas geradores de significações, que são:

Tema 1 – Família – Contexto de dificuldades ao implantar ações de saúde mental;

Tema 2 – Infra-Estrutura;

Tema 3 – Capacitação de Recursos Humanos.

Finalmente, na sexta questão, os sujeitos foram indagados sobre a adoção de formas de acompanhamento e avaliação das ações de Saúde Mental no município. Surgem nesta questão dois DSCs e um tema gerador de significações:

Tema 1 – Seguimento.

Do total dos quinze DSCs foram identificados treze temas geradores de significações.

Passamos a apresentar os questionamentos propostos aos sujeitos da pesquisa, o discurso do sujeito coletivo que representa a sistematização do discurso dos secretários municipais de saúde, os temas geradores de significação e a discussão destes.

No quadro abaixo apresentamos a sistematização relativa à primeira questão.

Quadro 9 – Categorias Internas

PRIMEIRA QUESTÃO	CATEGORIA DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	TEMAS – Geradores de Significação
Qual seu entendimento sobre a Reforma Psiquiátrica?	DSC 1- Atendimento mais humanizado, paciente e família; reintegrar o paciente a sociedade; restrições perante a família**;** DSC 2 - Não ter mais hospitais fechados; Não deveria fechar tão rápido, sem antes definir onde encaminhar o paciente em crise; precisamos de um suporte, de ajuda do governo.	1 – Reintegração; 2- Suporte na crise – (referência e contra-referência)

Primeiro Discurso do Sujeito Coletivo

Em relação à Reforma psiquiátrica, entendo que há uma reforma de um atendimento mais humanizado, num contato maior e tentando integrar, como uma pessoa normal da sociedade, uma humanização do atendimento de resgatar a cidadania de pessoas que há muito tempo foram excluídas da sociedade, ou seja, uma reintegração dessas pessoas ao meio familiar e social. O Ministério ou a própria Comissão de Saúde Mental querem acabar com o mito que se criou sobre o paciente psiquiátrico, de que era tido como alguém anti-social. Os órgãos destacam que é necessário reintegrar o paciente à sociedade, fazendo com que possa ser uma pessoa vista como qualquer outro cidadão tratado da melhor maneira possível. Falando francamente, não se tem feito nada a respeito dessa integração dele na sociedade, o que a gente faz mesmo é quando necessita de algum tratamento a gente encaminha.

A proposta de integrar os doentes mentais à família é boa, mas precisamos de apoio, a gente tem bastante restrições perante os familiares do doente que, na verdade,

eles querem que o paciente fique lá e que eles não tivessem compromisso nenhum, a gente enfrenta uma certa barreira com os familiares, querem se ver livre por mais que eles ganhem ajuda, porque eles ganham, a Prefeitura ajuda em tudo, mas eles não querem - eles não querem o doente em casa. É bem difícil.

Precisa haver um entendimento na questão intermunicipal e estadual para dar um acompanhamento mais direto à pessoa que tem algum problema psiquiátrico.

PRIMEIRO TEMA : REINTEGRAÇÃO

Quando o DSC traz a questão da reintegração, coloca o desafio histórico e teórico de refletirmos acerca da construção deste lugar de exclusão do louco, incluindo a crítica e a tentativa de superação. Mais precisamente, implica na reflexão sobre as possibilidades de inclusão, construída a partir do contexto da reforma psiquiátrica brasileira.

Foucault (1993), percorrendo a história da loucura, afirma que a exclusão de indivíduos é uma prática constante, isto é, a eliminação de pessoas indesejadas, pois valores éticos, morais e o modelo médico estão fortemente enraizados. A prática de retirá-los do convívio social, seja enviando-os em embarcações marinhas, seja fechando-os em celas e calabouços, asilos e hospitais, é um elemento predominante em várias épocas.

O modo como a loucura é vista hoje não é o mesmo como em séculos anteriores. O modo de entender, de tratar, de lidar e olhar a loucura vem se

modificando, assim como sofrem mudanças também aspectos relacionados a valores, a avanços na área da saúde, à sociedade, às políticas.

Façamos, então, um breve passeio pela história para entender como foi esse caminho de exclusão dos indivíduos considerados “diferentes” até os dias de hoje.

Pessotti (1994), ao abordar o tema da loucura nas diferentes épocas, resgata que esta na Idade Antiga tinha um enfoque mitológico-religioso, sendo concebida como um estado de desrazão, de perda do controle consciente sobre si mesmo. Sua origem era atribuída a Zeus e a outros deuses. Ainda, nesta época, emerge a concepção passional, em que a loucura é entendida como desequilíbrio, exacerbação e descontrole. Apesar de sua etiologia ser atribuída a uma divindade, o conflito enquanto dilema psicológico é reconhecido como um dos componentes da loucura. Marca a Idade Antiga, também, a influência de Hipócrates com a doutrina organicista, oposta às explicações mitológicas, reconhecendo na loucura uma natureza orgânica, sendo a saúde caracterizada pela harmonia no sistema de humores e no equilíbrio deste com o meio externo.

Com o advento da Idade Média e a aliança entre a Igreja e o Estado, a loucura passa para o campo da demonologia e das práticas de exorcismo. O predomínio da concepção religiosa da caridade e da salvação de si pelo cuidado do outro resulta no que Foucault (1993) denominou do *grande internamento* onde são criadas as casas de internamento (hospitais) que eram destinadas aos pobres e visavam recolher, alojar e alimentar, não sendo caracterizadas como estabelecimentos médicos. Assim, a loucura não aparece mais como santificada por uma concepção religiosa, mas passa a ocupar o imaginário social a partir de uma ótica da moral que a condena e lhe oferece a internação como um benefício, e ao mesmo tempo, como um castigo. Neste momento,

a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho e insere-se nos problemas da cidade.

A Igreja Católica teve seu papel relevante na repressão e exclusão dos diferentes no período das inquisições quando se perseguiam os judeus, os protestantes, as bruxas e os loucos. Estes eram considerados hereges e foram martirizados em tribunais religiosos e, muitas vezes, queimados em fogueiras. No século XVII, surge o primeiro movimento intelectual que propunha um novo modelo político de diminuição do poder absoluto dos reis, marcando também este século o mercantilismo. Começam, assim, a serem encarcerados todos aqueles que não podiam contribuir para o movimento de produção, de comércio ou de consumo. Nessa época, a repressão passa a ser de cunho econômico e não predominantemente da Igreja (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

Assim, a exclusão se dá devido às ordens do mundo burguês em construção, a mudança na relação do homem com o trabalho, a necessidade de uma disciplina e de um novo controle social. São criados em toda a Europa estabelecimentos de internação para onde eram enviados os velhos e as crianças abandonadas, os aleijados, os mendigos, os portadores de doenças venéreas e o louco. Nestes locais não havia nenhuma intenção de tratamento, pois se constituíam em verdadeiros depósitos humanos.

Conforme Desviat (1999), o enclausuramento em asilos de mendigos, desempregados e pessoas sem teto foi uma das respostas do século XVII à desorganização social e à crise econômica provocada pelas mudanças estabelecidas nos modos de produção.

Neste período, a loucura começou a ser entendida como o reverso da razão, passando a ser vista como um conjunto de vícios dos homens, tais como a preguiça e a avareza, sendo tomada como algo desqualificante, ganhando, assim, um caráter moral.

O enclausuramento das pessoas vistas como improdutivas, ocorrido no século XVII, não durou mais que cem anos. Iniciou-se na França, outro movimento, que culminou com a Revolução Francesa em 1789, a qual teve como lema as palavras de ordem: liberdade, igualdade e fraternidade, destoando da exclusão ocorrida anteriormente (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

Iniciou-se um processo de reabsorção dos excluídos, buscando-se alternativas para as necessidades, porém os loucos permaneceram encarcerados, já que para estes não havia proposta social, devido ao estigma que já os acompanhava, relacionado ao risco de serem violentos e tornarem-se perigosos aos familiares e vizinhos.

Para Amarante (1995), o enclausuramento, neste período, não possuía uma conotação de medicalização, uma natureza patológica. O olhar sobre a loucura não é diferente das outras categorias marginais, o critério que marca a exclusão está referido à figura da desrazão.

A partir do final do século XVIII, a medicina começa a se interessar em saber o que e o porquê das coisas ditas pelo louco. Com a nomeação de Pinel, em 1793, para a direção de um hospital francês (Bicêtre), é que se difundiu uma nova concepção de loucura (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

Segundo Amarante (1995), a tecnologia pineliana, estabelece, a partir de 1793, a doença como problema de ordem moral e inaugura um tratamento da mesma forma

adjetivado, ordenando o espaço de tratamento da loucura agora concebida como doença e valendo-se das diversas espécies de alienados existentes. Pinel postulava o isolamento como fundamental, a observação da sucessão de sintomas com a finalidade de descrevê-los, a organização do espaço asilar.

Segundo Castel (1978:83):

> [...] A doença se desdobra por agrupamento - diversificação de seus sintomas, inscrevendo no espaço hospitalar tantas subdivisões quanto são as grandes síndromes comportamentais que ela apresenta. Funda-se uma ciência a partir do momento em que a população dos insanos é classificada. Esses reclusos são efetivamente, doentes, pois desfilam sintomas que só resta observar.

Conforme o autor, na racionalidade desta medicina mental, com uma visão meramente classificatória, não interessa localizar a sede da doença no organismo, mas simplesmente ater-se a sinais e sintomas, a fim de agrupá-los. Desta forma, o gesto de Pinel ao liberar os loucos das correntes não possibilita a inclusão destes em um espaço de liberdade, pelo contrário, funda a ciência que os classifica e a acorrenta como objeto de saberes/discussões/práticas atualizados na instituição da doença mental.

Para o grupo de trabalho da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (2003), o trabalho de Pinel provocou elogios e críticas, uma das críticas dizia respeito ao caráter fechado da instituição psiquiátrica, isto é, ao ato de os doentes ficarem trancados o tempo todo em um espaço que se parecia muito com uma prisão, tal crítica termina por consolidar um primeiro modelo de reforma à tradição pineliana: o das colônias de alienados. Tal modelo tem por objetivo reformular o caráter fechado do asilo pineliano, ao trabalhar em regime de portas abertas, de não restrição ou maior liberdade.

Conforme Amarante (1995:27), o modelo reformista de Pinel tinha pretensão de solucionar o impasse posto: como é possível dentro da nova ordem baseada na liberdade, igualdade e fraternidade, admitir a existência de uma instituição fechada, de exclusão?

O modelo das colônias, na prática, serviu para ampliar a importância social e política da psiquiatria e neutralizar parte das críticas feitas ao hospício tradicional. Com o passar dos anos, as colônias, em que pese seu princípio de liberdade e de reforma da instituição asilar, não se diferenciou dos asilos pinelianos.

No entanto, a cura que Pinel almejava para esses indivíduos não foi alcançada e essas instituições se transformaram, mais uma vez, em locais de depósito, abandono e exclusão, para as pessoas as quais a sociedade não apresentava propostas alternativas para inclusão.

A obra de Pinel é pautada sobre uma tecnologia de saber e intervenção sobre a loucura e o hospital psiquiátrico, cujos pilares estão representados pela constituição da primeira nosografia, pela organização do espaço asilar e pela imposição de uma relação terapêutica. Estas representam o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital, transformando-o em instituição médica (e não mais social e filantrópica), e para a apropriação da loucura pelo discurso e prática médica (AMARANTE, 1995).

Com o controle da loucura pelo saber psiquiátrico, procurou-se resolver a contradição quanto à assistência ao louco: de um lado era preciso isolar o doente, pois representava uma ameaça à sociedade e, de outro, a sociedade reclamava uma solução para os insensatos calcados nos ideais de liberdade e igualdade que a Revolução Francesa defendia (OLIVEIRA, 2002).

Foucault (1993); Goffman (1990); Castel (1978), entre outros autores, abordam a referida temática de maneira crítica assinalando quais as práticas e saberes psiquiátricos que dão sustentação à institucionalização da loucura e à ordenação do espaço asilar a partir do tratamento moral, inaugurado pela tecnologia pineliana.

Para Costa-Rosa (2000), o modelo que se contrapõe ao asilar, vem surgindo por diferenciações operadas nas práticas deste último; primeiro, pelas críticas tanto na dimensão ideológica quanto teórico-técnica; depois, por meio do exercício de outras possibilidades práticas, denominadas num primeiro momento de extra-asilar ou não-asilar.

Birman e Costa (1994) afirmam que as diferenciações das práticas em saúde mental em relação ao modo asilar se dão, num primeiro momento, por inspiração direta de experiências de outros países, principalmente do modelo comunitário Americano; da comunidade terapêutica (Inglaterra e EUA); o modelo de Psiquiatria de setor (França), expandindo as reformas para além do espaço asilar e introduzindo a psiquiatria no espaço público com o seu novo objeto a saúde mental.

Amarante (1995:29) complementa essa discussão acrescentando a emergência da antipsiquiatria (Inglaterra) e as experiências italianas que surgem a partir de Basaglia enquanto rupturas com as propostas de reforma apresentadas até então, por questionarem "...os conhecimentos, as práticas e as instituições psiquiatricas".

O fato de que estas novas propostas em substituição ao modelo asilar tenham encontrado resistências para se imporem como modelo universal não lhes diminui o valor, pois com suas características básicas podem operar como fator de avanço (COSTA-ROSA, 2000).

Em contraposição ao modelo asilar das práticas dominantes, surge o modelo psicossocial, como paradigma que vai se configurando tendo por base as práticas da reforma psiquiátrica. Esta, segundo Amarante (1999), tem produzido transformações em quatro setores: campo teórico-assistencial, campo técnico-assistencial, campo jurídico-político e campo sociocultural.

Quanto ao modelo asilar, segundo Costa-Rosa (2000:152), podemos alinhar os seguintes pontos como características principais:

> Ênfase na consideração das determinações orgânicas dos problemas que pretende tratar; pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, o indivíduo continua sendo visto como doente, tanto em relação à família quanto ao contexto social, a intervenção é quase que exclusivamente centrada nele; departamentalização da assistência, como numa linha de montagem.

No modelo Psicossocial, segundo Costa-Rosa (2000) , podemos alinhar as seguintes idéias referentes a este modelo:

> Consideração dos fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes, e não apenas de maneira genérica; a ênfase se dá a cada um destes fatores, determinada pela situação ou problemática particular com que se está atuando; é decisiva a importância que se atribui ao sujeito, este é incentivado de seu tratamento; dá ênfase à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social e de que não é o indivíduo o único problemático, decorre que se inclua no tratamento também a família. Neste modelo dá-se acentuada ênfase à reintegração social do indivíduo, a sua

circulação sociocultural e às formas de recuperação da cidadania pela via das cooperativas de trabalho.

A definição de reabilitação psicossocial produzida por peritos de vários países e compilada em um documento denominado “Declaração de Consenso em Reabilitação Psicossocial”, refere que reabilitação psicossocial é um processo que facilita a oportunidade para que indivíduos prejudicados, inválidos ou dificultados por uma desordem mental alcancem um ótimo nível de funcionamento independente na comunidade. Esse processo abrange ambos os indivíduos, profissionais e usuários e visa melhorar competências e introduzir mudanças ambientais para proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas que experimentaram uma desordem mental, ou têm uma deterioração mental que produz um certo grau de inaptidão.

A reabilitação psicossocial pode prover o ótimo nível de funcionamento de indivíduos e das sociedades e a minimização de incapacidades e de desvantagem física ou mental**,** acentuando escolhas individuais de como viver prosperamente na comunidade (HIRDES, 2001).

O conceito de reabilitação psicossocial que está sendo proposto inclui o transtorno psiquiátrico do sujeito, tem como ponto de partida sua história de vida, insere-se na comunidade em que vive (considerando as possibilidades e impossibilidades de estabelecer trocas) e constitui-se em determinada sociedade a partir de suas políticas sociais, incluindo a oferta e as características dos seus serviços de saúde mental, de sua legislação, de sua cultura, de sua tolerância e solidariedade em relação à diferença.

Os movimentos reformistas da psiquiatria, Pós Segunda Guerra – a psicoterapia institucional, comunidade terapêutica, psiquiatria de setor e psiquiatria

comunitária ou preventiva, antipsiquiatria e psiquiatria democrática - resguardadas suas diferenças, tiveram importante influência nos movimentos de transformação psiquiátrica no Brasil, com o desencadeamento de algumas experiências focais que recolocaram a discussão dos saberes e práticas na área (KANTORSKI, 2004).

Na década de 70, no Brasil, com o surgimento de um novo ator, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM, considerado o sujeito político privilegiado na conceituação, divulgação, mobilização e implantação das práticas transformadoras, funda-se um exercício regular e sistemático de reflexão crítica ao *status quo* psiquiátrico, surgindo então propostas teóricas e a práxis de uma nova política de saúde mental (AMARANTE, 1995).

O modelo tradicional de assistência à saúde mental, baseado na exclusão do sujeito do convívio social, apresentava sinais de esgotamento desde o final da década de 70, mais precisamente depois da Segunda Guerra Mundial, em tempos de crescimento econômico e reconstrução social, de grande desenvolvimento dos movimentos civis e de maior tolerância e sensibilidade para com as diferenças e as minorias, a comunidade profissional e cultural, por vias diferentes chega à conclusão de que os hospitais psiquiátricos deveriam ser transformados ou abolidos (DESVIAT, 1999).

Surgem, então, as primeiras manifestações no setor da saúde, como a constituição, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, e do Movimento de Renovação Médica – REME, decorrentes da própria necessidade de discussão e organização das políticas de saúde ou da necessidade de discutir as práticas das categorias dos profissionais de saúde.

Essas entidades, segundo Amarante (1995:89); “consolidam uma participação política efetiva, quando se torna mais visível o crescimento dos movimentos populares de oposição ao regime”. Tornam-se conhecidos e importantes, não somente para o setor saúde, mas para a conjuntura política em geral, como espaços de organização e produção do pensamento crítico em saúde. O CEBES e o REME contribuem para a estruturação das bases políticas das reformas sanitárias e psiquiátricas no Brasil.

A partir dessas organizações são efetivadas as primeiras denúncias, de violência, de ausência de recurso, de negligência, de psiquiatrização do social, de utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social e ocorre a mobilização de pessoas em prol de projetos alternativos ao modelo asilar dominante (AMARANTE, 1995).

Uma questão importante que surge em todos os movimentos e congressos realizados no final da década de 70 e início da década de 80 é a crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos, como reduto dos marginalizados, como um modelo assistencial ineficiente, cronificante e estigmatizante em relação à doença mental.

O movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental é caracterizado enquanto movimento social, e não apenas de técnicos e administradores, e lança o lema “Por uma sociedade sem Manicômios”. Tal lema remete para a sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios. Na prática, passa-se a privilegiar a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização, as quais implicam não apenas num processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais, ou seja, a materialização do direito do indivíduo com transtorno mental de ser atendido o mais próximo de sua casa.

Nesse período, começam a chegar ao Brasil, então, relatos de experiências de Gorizia, da psiquiatria Democrática, lideradas por Basaglia, e da Rede de Alternativas à Psiquiatria de Bruxelas (DESVIAT, 1999).

Outra influência importante no processo de reforma psiquiátrica brasileira, para Amarante (1995), consiste na trajetória do movimento sanitarista, iniciado nos primeiros anos da década de 80. Com a vitória da oposição nas eleições em alguns estados do país, alguns profissionais identificados com o movimento sanitário e de reforma psiquiátrica passaram a ocupar espaços políticos de poder, com o intuito de intervir nas políticas do setor.

Outro aspecto importante desse movimento foi à iniciativa de organizar conferências nos seus níveis de influência para assim, forçar a realização da Conferência Nacional, ou a possibilidade de realizar uma conferência independente (AMARANTE, 1995).

Na I Conferência Nacional de Saúde Mental – CNSM, realizada na cidade do Rio de Janeiro no período de 25 a 28 de junho de 1987, ficou claramente explicitado o impasse com relação ao modelo centrado no hospital psiquiátrico como violador dos direitos humanos fundamentais e predominantemente baseado no modelo médico-psiquiátrico, considerado ineficaz e oneroso para os usuários e a sociedade (BRASIL, 1988).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu em Brasília, entre os dias 01 a 04 de dezembro de 1992 e foi um processo extremamente rico, em que foram reafirmados e renovados os princípios e as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira na linha da desinstitucionalização e da luta antimanicomial (BRASIL, 1994).

Nesse evento foi aprofundada a crítica ao modelo hegemônico, como também formalizou–se o esboço de um novo modelo assistencial, significativamente diverso, não só na lógica, conceitos, valores e estrutura da rede de atenção, mas também na forma concreta de lidar com as pessoas com a experiência de transtornos mentais, a partir de seus direitos de cidadania (BRASIL, 2002a).

Nesse contexto, diversas experiências e iniciativas foram realizadas nos campos assistenciais, jurídicos e culturais, demonstrando ineqüivocadamente à viabilidade de um modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico. No entanto, o modelo asilar ainda permanece hegemônico tanto no que se refere à capacidade instalada como no total de recursos gastos na rede hospitalar, insistindo em perpetuar relações produtoras de exclusão com pessoas portadoras de transtornos mentais.

Conforme dados do Ministério da Saúde, ainda são grandes as lacunas na assistência, atualmente existem 18 municípios com mais de 200.000 habitantes que não possuem nenhum tipo de CAPS. Em relação ao número de leitos em hospitais psiquiátricos em comparação com o número de serviços tipo CAPS tínhamos, em 1996, 72.514 leitos em hospitais psiquiátricos e 145 CAPS; em 2004 o número de leitos em hospitais psiquiátricos caiu para 44.234, em compensação o número de CAPS cresceu, neste mesmo ano, para 595 (BRASIL, 2004).

No Paraná, o número de leitos em hospitais psiquiátricos em 1996 era de 4.840, já em 2001 esse número cai para 4.362; esse fato retrata as tendências da atenção psiquiátrica especializada na última década, apontando para a redução do peso desta modalidade assistencial no conjunto das ações de saúde, mas ainda com absoluta e excessiva presença no volume total de gastos na área (mais de 80% dos mesmos). No

caso do Paraná, os gastos em saúde mental com serviços extra-hospitalares, no mesmo período, não ultrapassavam 8,22% do total de recursos da área (BRASIL,2001).

O tema central das discussões da III Conferência Nacional de Saúde Mental estava solidamente vinculado ao tema mundial proposto pela Organização mundial de Saúde para o ano de 2001, “Cuidar, Sim. Excluir, Não”, afirmativo de uma ética e de uma direção fundamental para o campo da atenção psiquiátrica e em saúde mental (BRASIL, 2002a).

A luta pela reforma psiquiátrica e pelo processo de desinstitucionalização em construção no Brasil, busca construir espaços de debate, solidariedade, afetividade, ou seja, espaços de atenção psicossocial. Tal luta exige de todos os profissionais, familiares e sociedade como um todo, rever conceitos, métodos e formas de lidar com o sofrimento psíquico. Busca principalmente humanizar também o cuidado em saúde mental, porém vai além, pois está pautada na premissa de possibilitar ao excluído, o portador de transtorno mental, o seu direito de cidadão como ser humano sujeito da história, componente da sociedade e responsável por esta também.

Resgatando o entendimento expresso nos Discursos do Sujeito Coletivo quanto à Reforma Psiquiátrica, percebemos que o consenso é de uma sociedade mais justa para estes indivíduos, quando apontam a humanização, a integração, como positividade da proposta da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, a preocupação com o fechamento do hospital psiquiátrico demonstrado pelos gestores é apontada, num primeiro momento, como um aspecto negativo, pois estes municípios ficaram sem uma referência para a internação psiquiátrica. No entanto, num segundo momento este fato pode transformar-se em um ponto positivo quando estimula os dirigentes do Sistema de

Saúde Local a discutir sobre a necessidade de se pensar estratégias não excludentes, para atender os familiares e indivíduos em sofrimento psíquico.

Estabelecer um novo olhar dos dirigentes a partir de uma mudança estrutural pode significar um avanço no cuidado em saúde mental. Um cuidado que necessita de espaços terapêuticos diversificados, entre eles, grupo de familiares, grupo de medicação, oficinas terapêuticas de criação, expressão e produção, atendimento individual, visita domiciliar, assembléia de usuários, familiares e equipe, busca de faltosos, reunião de equipe, atividades de integração com a comunidade.

Enfim, todas as ações e estratégias expressadas nos Discursos do Sujeito Coletivo, como também contempladas nos Planos Municipais de Saúde, têm como meta a composição de uma rede de serviços e de cuidados aos indivíduos com transtorno mental suficientemente criativa, permitindo que em cada espaço se ofereça mais uma possibilidade da inclusão da família, de reinserção social, de acolhimento, cuidado e sociabilidade ao sujeito em sofrimento psíquico, que pode ser uma realidade bem próxima para esta região estudada.

Segundo Discurso do Sujeito Coletivo

A Reforma Psiquiátrica propõe não ter mais hospitais fechados, onde os pacientes eram encaminhados sem saber para onde estavam indo, é uma reforma bastante interessante, porém uma outra questão preocupante é a abertura de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais. Para municípios pequenos que possuem hospitais de pequeno porte não está sendo muito bom, pois tem o problema da adequação, tem que gastar, contratar profissionais, então acaba sendo pouco viável, o que precisamos para

realmente efetuar essa reforma é uma ajuda do Governo, pois os municípios sozinhos não têm condições de implantar a reforma psiquiátrica como ela vem sendo pregada.

Não deveria acontecer tão rápido, pois deveria primeiramente pensar em implantar uma referência como suporte para os municípios encaminharem esses pacientes, outra questão é onde encaminhar o paciente em crise; os nossos hospitais não estão preparados para atender esses pacientes, nem o pessoal de enfermagem nem os médicos, eles não sabem tratar, têm essa dificuldade, havendo uma estrutura com suporte para essas questões com certeza a reforma iria funcionar.

SEGUNDO TEMA - SUPORTE NA CRISE

Desde seis de abril de 2001, o Brasil conta com uma lei que regulamenta a política de Saúde Mental[18] sob uma ótica não centrada no hospital psiquiátrico como principal mecanismo para tratamento.

A referida lei traça os princípios básicos, define objetivos, avança assegurando direitos individuais e reforça a inclusão social do usuário. Ela não define a origem dos financiamentos e o modo de operacionalização. Para isso, o Ministério da Saúde vem elaborando portarias com instruções necessárias ao cumprimento da lei.

As políticas de saúde mental e a reforma psiquiátrica visam a composição de uma rede de serviços que incluem os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), residências terapêuticas, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, atendimentos de

[18]Lei 20.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

urgência e emergência e desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção básica. Esta concepção de rede, como serviços substitutivos à internação psiquiátrica tradicional tida como único recurso, é uma base para o planejamento em saúde mental, acompanhada de uma política de capacitação e formação de recursos humanos.

Para Pitta (2001), o desenvolvimento de um Sistema de Saúde que implique na atenção e resolubilidade dos agravos à Saúde Mental, pressupõe um planejamento, execução e avaliação a nível local, adequado à demanda específica de cada região, no caso de cada município, integrada a uma “Política de Saúde Mental”, articulada pelo nível central, ou seja, o Estado.

Com a municipalização e a expansão das ações de saúde mental, os objetivos que envolvem a melhoria da qualidade de atendimento podem ser concretizados e há maiores possibilidades de que a população seja mais bem assistida. Está citada no documento “Normas de Atendimento em Saúde Mental” (Paraná, 2003), complementar a Portaria nº 224/92/MS, o que segue:

> [...] importante ressaltar que, para a implantação de qualquer um dos serviços, é imprescindível a existência, no município ou Consórcios de municípios, de uma rede hierarquizada de cuidados em saúde mental, isto é, a implantação de um serviço de determinada complexidade pressupõe a existência dos serviços de menor complexidade, incluído no Plano Municipal de Saúde, devidamente aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

Portanto, para que o sistema de referência e contra-referência funcione adequadamente, é necessário que os diversos serviços especializados ou não, estejam articulados.

É importante considerarmos o perfil heterogêneo dos municípios na hora de pensar essa articulação com os diversos serviços especializados no momento de

planejar a expansão dos serviços de modo a enfrentar o maior desafio da reforma psiquiátrica; o acesso ao tratamento, e pensando que as ações de saúde mental na atenção primária devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, com base territorial[19] e atuação transversal com outras políticas específicas, buscando o estabelecimento de vínculos e de acolhimento.

Considerando a inquietação dos gestores explicitada por meio de suas falas sobre a necessidade de um local para encaminhar os pacientes no momento da crise, devemos lembrar que a estratégia para garantir o acesso precisa ser estabelecida desde a rede básica. As unidades de saúde, segundo Campos (2003), devem ser reorganizadas em Equipes Locais de Referência (Equipes de Saúde da Família), responsáveis pelo atendimento integral às famílias e seus pacientes com transtorno mental e equipes de apoio, Equipe Matricial, encarregadas de cooperar com a ESF em áreas específicas, como saúde mental e reabilitação, por exemplo.

Em todos os municípios que fazem parte da pesquisa, já existe uma organização por áreas especializadas (programas), saúde da criança, do adulto, da mulher, bucal, mental, sendo mantidas e servindo como apoio às equipes de saúde da família. Esse apoio vem sendo viabilizado por meio de protocolos específicos, da sugestão de prioridades e de projetos.

É necessário considerar que a rede de serviços a ser reorganizada precisa incluir: o acolhimento, o qual exige mudança de postura em todo o sistema de saúde, para receber os casos e responsabilizar-se de modo integral por eles. Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela.

[19] Espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais. Um espaço de organização básica da prática de atenção a demanda.

Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos como a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um.

A organização da rede precisa contemplar também a necessidade de modificar o modo de gerir os serviços e de trabalhar em saúde, para isso, segundo Merhy (1994), seria necessário reconstruir a idéia de autonomia do trabalhador em saúde, para além do médico e, procurando a configuração do trabalhador coletivo, construir um processo que propague os espaços institucionais com a presença do conjunto de atores, realmente interessados na saúde, em particular, os usuários.

Portanto, diante dessas considerações, acreditamos que os gestores devem pensar essa nova forma de ver o indivíduo com transtorno mental, acolhendo-o no seu ambiente, instituir equipes matriciais que poderiam, muitas vezes, ser organizadas por região. Isso consiste num desafio importante, já que temos uma heterogeneidade grande entre esses municípios, em relação à população, à infra-estrutura e aos recursos humanos. As equipes matriciais assumir com a responsabilidade de dar um suporte técnico às equipes de saúde da família, especialmente para acolher as necessidades no momento de crise dos indivíduos.

A efetivação de uma rede de serviços que dê conta também dos problemas de Psiquiatria e Saúde Mental, requer o entendimento acerca das duas esferas das práticas em Saúde Mental: a político-ideológica e a teórico-técnica, indissociáveis em sua inter-relação, mas, segundo Costa-Rosa (2000), distintas em suas especificidades.

Segundo Costa-Rosa et al. (2003), no campo político-ideológica trabalha-se um sistema em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania. Nas ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção

de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam.

Reportando-nos aos DSCs quando colocam a responsabilidade no governo federal, o qual deve dar apoio/suporte aos municípios para organização de uma rede de serviços que atenda a essas pessoas, precisamos romper com algumas concepções que ainda permeiam o imaginário dos gestores. Uma delas, consiste no entendimento de que a Reforma psiquiátrica é de responsabilidade única da esfera federal. A superação desta concepção pode contribuir para que busquem criar novos espaços de atenção às pessoas portadoras de transtorno mental no seu próprio município lançando mão dos dispositivos (Leis, Portarias) criados pelo Ministério da Saúde, pois se tem regulamentado a criação dos serviços substitutivos ao asilar, e consolidadas linhas de financiamento de suas ações pelo SUS.

Com relação aos principais problemas de saúde mental e a forma como são identificados pelos gestores, expomos a seguir o discurso do sujeito coletivo e os temas identificados.

Quadro 10 – Categorias Internas

SEGUNDA QUESTÃO	CATERGORIA DO DISCURSO DO SUJEITO	TEMA
Explique como são identificados os problemas de saúde mental em seu município e quais os principais problemas na área de psiquiatria e saúde mental que seu município enfrenta hoje.	DSC 1 – Os problemas são identificados por meio da: consulta medica, procura direta pelos familiares, pelo PSF, por meio da busca ativa, pelas psicólogas que atendem na escola e também das professoras quando percebem alguma dificuldade de aprendizado encaminha para a unidade de saúde.	1) Identificados pela Busca Ativa (PSF psicóloga e a própria população).
	DSC 2 - Problemas com atendimento especializado: a demanda é maior que a oferta, internamento, falta de contrapartida do psiquiatra em relação ao diagnostico, eles só voltam com a receita do medicamento que tem que tomar. Os maiores problemas são a depressão, depressão pós-parto, pacientes agressivos, a agitados e o alcoolismo, a dependência química.	2) Problemas: Atendimento Especializado (internamento, consulta com especialista).
	DSC 3 – Familiares que não sabem lidar com seu doente.	3)Problemas: Família.

Primeiro Discurso do Sujeito Coletivo

Os problemas de saúde mental são identificados através das consultas médicas, procura direta pelos familiares e pacientes; pelas Unidades Básicas de Saúde; pelo PSF (Programa Saúde da Família), que fazem o acompanhamento da população, através dessa visita e dessa consulta domiciliar é diagnosticado e também localizado muitos casos que não usam, que não procuraram o serviço, é o caso que estava escondido e a pessoa não se manifesta. Isto acontecia principalmente no interior que não tinha PSF, eles não buscam, ainda mais quando se trata de paciente psiquiátrico, para eles são loucos, eles acabam tendo vergonha, a família isola ele, tranca no quarto.

Passam pelo médico que vai avaliar, se é caso de psiquiatria o mesmo é encaminhado para Cascavel. Cada PSF tem agentes de saúde treinados para identificar esse tipo de problema, o PSF sabe quem é o paciente de qual PSF pertence, são identificados pelo próprio PSF. A identificação também é feita pelas psicólogas que atendem nas escolas e, às vezes, pelos professores que percebem uma certa dificuldade de aprendizado e encaminham para atendimento, por meios dos serviços municipais.

PRIMEIRO TEMA: BUSCA ATIVA

A identificação dos problemas de saúde mental nos municípios visa apreender na fala dos gestores o modo como está sendo pensado e viabilizado o primeiro momento, que é o momento explicativo, ou seja, o diagnóstico da realidade.

Para Matus (1993) , o conceito de momento indica circunstância ou conjuntura pela qual passa um processo contínuo que não tem começo nem fim definidos; o autor diz ainda que a passagem do processo de planejamento por um momento determinado é apenas o domínio transitório deste momento sobre os outros, que sempre estão presentes, num movimento de ir e vir.

Matus (1993) pretende, com o conceito de momento, abandonar a idéia de etapas presentes no planejamento tradicional, traduzidas em uma idéia de lógica rígida de diagnóstico, programação, execução e avaliação. Os momentos coexistiriam em uma dinâmica permanente, dialética, na qual ora predomina uma lógica e ora a outra.

Segundo Cecílio (1994), a categoria “momento” e “conflitos” vão constituir as categorias subsidiárias do Planejamento Estratégico Situacional (PES) no sentido de

que são utilizadas para operacionalizar as categorias chaves do pensamento matusiano (situação[20], teorias da ação e da produção social).

Um dos aspectos mais criativos da proposta de Matus, segundo Cecílio (1994) é como ela vai, de forma eclética e heterodoxa, viabilizando a intermediação entre o enfoque metodológico e sua tradução em um método de planejamento.

Os momentos trabalhados por Matus (1993) são quatro: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. A organização do Planejamento Estratégico Situacional obedece a esta seqüência, que se constitui numa espécie de roteiro para elaboração inicial do plano.

Nesse sentido Matus (1993:297) coloca que:

> [...] Nenhum momento é necessariamente anterior a outro. Nenhum fecha ou termina o processo encadeado. Nenhum momento começa ou termina num tempo preciso. Nenhum momento fica definitivamente para traz nem se esgota numa só instância; ele volta a se repetir, para dominar transitoriamente várias vezes mais, no futuro. Esses momentos são: I) o momento explicativo (M1) – foi, é, tende a ser; II) o momento normativo (M2) – deve ser; III) o momento estratégico (M3) – pode ser; IV) o momento tático-operacional (M4) – fazer.

Esses quatro momentos encadeiam-se em seqüências que se alteram, constituem um processo contínuo, cada problema e o plano em seu conjunto desenvolvem-se passando por esses momentos. O conceito de momento é próprio de um processo contínuo e encadeado sistematicamente, em oposição ao conceito de “etapa” do planejamento normativo, mais pertinente a uma seqüência linear e direcionada, que começa com o diagnóstico, passa pelo desenho e aprovação do plano e culmina nas instâncias de execução e avaliação.

---

[20] O conceito de situação pressupõe o conceito de conflito, no sentido de que para cada ator social a realidade em que vive é uma situação diferente – (CECILIO, 1994).

Acreditamos serem importantes essas definições aqui para podermos entender que cada momento do processo de planejamento está sempre presente, independente de que em alguma instância um dos momentos possa adquirir importância decisiva.

O nosso enfoque nesta questão é apreender na fala dos sujeitos do estudo o momento explicativo (M1) do Planejamento Estratégico Situacional. Nesse sentido, buscamos entender como os sujeitos identificam os problemas de psiquiatria e de saúde mental em seus municípios e definem aqueles a serem priorizados. Na proposta do Planejamento Estratégico Situacional - (PES), este momento é muito importante, pois aqui devemos problematizar a realidade e tentar explicá-la, de modo que o potencial explicativo oriente nossa ação. No Planejamento Normativo, essa explicação chama-se de diagnóstico.

Matus (1993:304) traz que:

> [...] na prática, explicar a situação significa reconsiderar a validade do conjunto de problemas relevantes com base nos quais viemos conduzindo nossa intervenção sobre o sistema. Na realidade, nunca selecionamos os problemas pela primeira vez, pois temos uma história que pesa sobre nós. Explicar significa também compreender o processo de inter-relação entre os problemas, para ter uma visão de síntese do sistema que os produz.

O momento explicativo guarda relação com o diagnóstico tradicional, porém reconhece a existência de oponentes ou de outros atores com capacidade de explicar e planejar. Não podemos mais trabalhar com a idéia de um diagnóstico da realidade pronto, acabado, único e objetivo, devemos trabalhar na perspectiva da necessidade de explicação situacional.

Esta explicação situacional, segundo Cecílio (1994), implica em reconhecer a existência de um ator para o qual algo vai bem. Problema é então a discrepância entre

uma situação real e uma situação ideal. Esta situação é problematizada somente se o ator a define como inaceitável e também evitável, ou seja, quando a situação é passível de ser modificada na direção desejada.

Segundo os sujeitos entrevistados, os problemas de saúde mental são identificados por diferentes fontes como: consulta médica, procura direta pelos familiares e pelos próprios pacientes, pelas Unidades Básicas de Saúde, pelo Programa Saúde da Família e outros serviços como atendimento das psicólogas. Entendemos que a forma pela qual os gestores identificam os problemas é por meio da busca ativa, ou seja, pela necessidade de controlar/monitorar essa clientela devido às dificuldades que os municípios tem de encaminhar esses indivíduos. Essa forma de identificação dos problemas não considera a sua causa, o perfil epidemiológico e o fator sócio-econômico. Também não leva em conta, num primeiro momento, a necessidade de traçar um plano de trabalho, focalizando somente a necessidade de controle desta clientela, pois ela demanda consulta com especialista, medicamentos especializados, intervenção reabilitadora e, muitas vezes, internamento.

Portanto, foi possível identificar aqui o momento explicativo do PES, ou seja, o 1º passo nesta etapa do planejamento, quando é feita a busca ativa dos indivíduos com transtornos mentais com intuito de conhecer a realidade de psiquiatria e saúde mental de seu território, embora consideremos que o que desencadeou este processo de conhecimento da realidade foi o fato do fechamento do único hospital especializado em psiquiatria da região.

No entanto, o momento de explicar o problema, que seria o momento de reconhecermos a existência de oponentes com capacidade de explicar e planejar, ficou muito incipiente, segundo o DSC. Este fato pode ser atribuído a necessidade dos

gestores de, neste primeiro, momento conhecer as situações problema, para depois pensar em ações mais efetivas.

Nos discursos dos sujeitos fica claro a preocupação com esta demanda, pois sabem que a partir do fechamento do hospital psiquiátrico, que até então era a porta de entrada do sistema para os portadores de transtorno psíquico, ao município coube organizar o fluxo para esta clientela.

Atualmente, entendemos que os gestores vêem a realidade da reforma psiquiátrica como inevitável a qual passa a incorporar-se à paisagem social e, como diz Matus (1993), não se luta contra o inevitável. Já o problema convida à ação, pois é uma realidade insatisfatória, superficial, que permite um intercâmbio favorável com a realidade. Nesse caso, pensamos que hoje o fechamento do hospital psiquiátrico e a conseqüente necessidade de atender a esta demanda é um problema para esses gestores, portanto, um aliado para que as ações de saúde voltadas para a Saúde Mental comecem a ser olhadas, como sendo uma responsabilidade dos gestores locais, e não mais um problema familiar e das instituições que vinham dando conta deste atendimento.

Está concentrada no município a tarefa de pensar a reinserção efetiva deste indivíduo na sociedade e, para isso, não basta apenas saber quem é, onde mora, se está tomando o medicamento corretamente, se está retornando às consultas agendadas. Precisamos ir além, precisamos de ações que visualizem a sua integralidade. Precisamos buscar compreender o processo de inter-relação entre os problemas, como por exemplo: qual a condição desse indivíduo na sociedade e no contexto familiar; qual a possibilidade de inseri-lo em projetos já existentes na

comunidade; tem ele condições de ser reinserido profissionalmente? Como está seu acesso aos serviços de saúde, educação, habitação, lazer, entre outros.

Na prática, explicar a situação presente significa reconsiderar a validade do conjunto de problemas relevantes com base nos quais vamos conduzir nossa intervenção sobre o sistema. A partir dos dados obtidos, constatamos que existe uma dificuldade dos gestores, de buscar uma explicação situacional para os problemas identificados. Os gestores acabam monitorando esses pacientes para que não ocorra a reinternação, mas mesmo esta tarefa pontual é prejudicada, pois não se constituem ações dirigidas as causas que têm motivado as reinternações.

Entendemos que os gestores têm dificuldades metodológicas em relação à sistematização de um planejamento, pois, para Matus (1993:311), “explicação situacional é uma reconstrução simplificada dos processos que geram os problemas”.

Portanto os métodos utilizados de explicação situacional devem ser praticados com assessoria técnica de pessoas com experiência nos problemas e, neste caso, profissionais com habilidades em saúde mental e psiquiatria deveriam estar presentes nesse processo.

A explicação situacional pretende sistematizar a reflexão sobre as causas de um problema. Exigir tal reflexão antes de adiantar soluções é reconhecer que esse problema pode ser explicado sob diversos pontos de vista pelos atores que estão em contato com ele (MATUS, 1993). Na questão dos problemas de psiquiatria e saúde mental enfrentados pelos gestores da região, em estudo, apontamos a necessidade de profissionais que consigam reconhecer, explicar e quantificar o valor desse problema para o município.

Não queremos aqui dizer que não é importante a busca ativa, o monitoramento, conhecer e identificar esses indivíduos. Entendemos que este é o 1º passo do momento explicativo, porém para realmente explicar a realidade de psiquiatria e de saúde mental dos municípios, a busca ativa não é suficiente. Precisamos conhecer e/ou explicar fatos que podem ter relação de causalidade (falta de oportunidade trabalho, desorientação, frustrações da vida diária, abandono, entre outros).

Outro fator importante quando se quer explicar a realidade consiste em considerar que não basta ouvir técnicos e representantes de serviços, torna-se necessário envolver a comunidade nesse processo de identificação dos problemas, pois, para Matus (1993), isso permite constatar diferentes posições, diferentes opiniões e diferentes relações práticas com o problema.

Segundo Discurso do Sujeito Coletivo

Quando o paciente entra em crise, a família procura o serviço, porém um grande problema também é o tratamento especializado, hoje na região não é fácil marcar uma consulta, a demanda é maior que a oferta; em casos de internamento, o paciente é encaminhado ao CRE (Centro Regional de Especialidades), o psiquiatra vê a necessidade do internamento, através do encaminhamento do especialista procura-se um leito, que é uma função do CRE através da central de leitos, só que é muito demorado, então procuramos outros serviços. A população acha que o internamento é mais importante, mas hoje está meio complicada devido ao fechamento do Hospital em Cascavel. Agora, com muitos pacientes temos conseguido controlar com psicólogas, com a farmácia, onde o farmacêutico controla o medicamento, o médico que cuida da família e por meio da equipe.

Quanto aos problemas não temos certeza de quais são, o paciente acaba indo para o psiquiatra e a gente não tem uma contrapartida do serviço o qual ele foi encaminhado, eles só voltam com o medicamento que tem que tomar, porque o médico encaminha, vai ao psiquiatra, por exemplo, é uma esquizofrenia, mas não ficamos sabendo o diagnóstico. O que temos bastante em nosso município são casos de depressão; depressão pós-parto temos vários pacientes com transtornos mentais, pacientes assim que surtam facilmente, ficam agitados, agressivos, outro problema grave é o alcoolismo, a dependência química.

SEGUNDO TEMA - ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

Os problemas de saúde mental e psiquiatria apontados pelos gestores foram em relação ao atendimento especializado e patologias mais comuns nos serviços. Entendemos que o problema levantado pelos gestores em relação ao atendimento especializado, mais precisamente sobre a necessidade do internamento, é uma questão também a ser pensada quando discutiremos a reorganização dos serviços de saúde, em especial a rede de serviços em saúde mental.

Imbricado ao desafio de constituir serviços de saúde mental substitutivos ao modelo manicomial, temos o desafio de oferecer suporte na crise e atendimento especializado em psiquiatria, por meio de serviços e equipes que acolham indivíduos e familiares num momento em que o transtorno psíquico os torna mais vulneráveis.

Pensar a rede de serviços em saúde mental implica em assumir a tarefa de estruturar serviços centrados nas necessidades dos usuários em que se estabeleçam

fluxos de resolubilidade, mas que não aprisionem as possibilidades de vínculo e responsabilização.

Assim, quando as falas dos gestores explicitam dificuldades de organizar o acesso e o fluxo dos atendimentos em psiquiatria e saúde mental percebemos uma simplificação do problema, pois este acaba sendo focado no fato de não ter número suficiente de consultas especializadas e leitos. Desse modo, deixam num segundo plano a necessidade de mudar o processo de trabalho nos seus municípios, revirar, transformando regras e normas de hierarquização cedendo lugar à flexibilidade na atenção às necessidades apresentadas pelos usuários, enfim constituir várias forças para acompanhar o usuário onde for necessário. Discutir os casos, visitar e atender no domicílio, prestar atendimento ambulatorial, facilitar e monitorar convivências, oficinas de trabalho, esse é o desafio dos gestores (a remodelagem da atenção a saúde na rede básica) (CAMPOS, 2001).

Apesar de reconhecermos como problema a falta de consultas especializadas e de leitos para a internação ressaltamos que possivelmente a geração desta demanda possa estar relacionada a fatores econômicos, sociais, culturais, do próprio curso do transtorno, da organização dos serviços de saúde, entre outros.

Nesse sentido, a utilização do Planejamento Estratégico Situacional poderá contribuir para que os gestores busquem objetivamente explicar este problema. Ao tentar explicá-lo poderia refletir com outros atores os fatores determinantes e condicionantes desta demanda e buscar estratégias de intervenção.

Assim, reportamo-nos a Dias (1996), quando diz que o desenvolvimento de um Sistema de Saúde que implique na atenção e resolubilidade dos agravos em saúde mental, pressupõe um planejamento contemplando todos os seus momentos, a nível

local, adequados à demanda específica da região, no nosso caso de cada município participante do estudo, integrado a uma política de saúde mental a nível central.

Considerando a heterogeneidade dos municípios, tanto em termos de densidade populacional quanto à estruturação sanitária (exceto Cascavel) uma alternativa seria a utilização do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná para minimizar problemas como os apontados pelos gestores. O Consórcio é o espaço para o qual atualmente os municípios referenciam o atendimento aos portadores de transtornos psíquicos. Ele foi criado com o objetivo de melhorar as propostas de saúde destinadas aos municípios associados, atenuando as dificuldades de recursos orçamentários, capacitação de recursos humanos e gerenciamento na elaboração e implementação de programas de saúde.

Terceiro Discurso do Sujeito Coletivo

Na área da psiquiatria um dos problemas é a dificuldade que família tem em lidar com o indivíduo portador de transtorno mental, ela não está preparada para atender seu paciente em casa, principalmente com aquele que estava hospitalizado, não temos onde mandar, ficou muito tempo longe da família. A família não o agüenta em casa. É essencial, hoje, o acompanhamento, tem que haver um acompanhando, trabalhar primeiro a família, ingressar esse paciente de volta, mas ainda falta o preparo da família.

TERCEIRO TEMA – FAMÍLIA

As diretrizes preconizadas pela Reforma Psiquiátrica visam à melhoria da qualidade de vida do usuário, na forma do resgate de sua cidadania. Esta qualidade de vida pode ser oferecida através de um melhor atendimento, redução das internações e período de internação e, sempre que possível, manutenção do usuário no meio familiar através de uma rede de saúde que ofereça suporte para esta família.

Devemos ter a família como aliada no tratamento, porém, para arregimentá-la, é preciso que tenhamos algo a oferecer. Acreditamos que a melhor forma é oferecer espaços de acolhimento e de cuidado para que ela possa encontrar caminhos para resolver ou suavizar seus problemas e dificuldades. Ouvimos freqüentemente alguns jargões sobre a família, entre eles: “toda família tem o louco que merece”, “o paciente tem uma mãe esquizofrenizante”, “não trato a família, só o paciente”. Estes jargões, de certa forma expressam o abandono em que vivem os familiares, o que revela que alguns profissionais de saúde ainda não perceberam que a família é uma aliada para manter o usuário no domicílio.

Conforme Galera e Luis (2002), família é definida como um grupo de indivíduos vinculados por uma ligação emotiva profunda e por um sentimento de pertencer a um grupo. Essa definição é flexível o suficiente para incluir as diferentes configurações e composições de famílias que estão presentes na sociedade atual.

Nesse sentindo, a mudança em um membro da família afeta a todos os demais membros, isso nos ajuda, segundo Wright e Leahey (2002), a reconhecer que um fato significante ou a modificação de um dos membros da família afeta a todos em graus variados. Este conceito pode ser útil aos profissionais de saúde que atuam com portadores de transtornos psíquicos para refletir sobre o impacto do transtorno psíquico

de um indivíduo sobre a sua família, como também ajudar a entender o impacto das intervenções da equipe na mudança do sistema familiar.

Os sujeitos da pesquisa apontam como problemas na área da Psiquiatria e Saúde Mental a família. Sabemos que a família é um grupo importante na sociedade, é ela quem vai formar os indivíduos, prepará-los para a vida em comunidade (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003). Assim, toda mudança social se reflete no grupo familiar e toda mudança na estrutura familiar tem reflexos na sociedade.

Portanto, conforme Wright e Leahey (2002), um entendimento mais completo do funcionamento de um membro é necessário que a equipe de saúde atenda toda a família, observando a interação familiar. Isso permite uma avaliação dos relacionamentos existentes entre os respectivos membros familiares, assim como o funcionamento de cada um deles, individualmente.

Os serviços, portanto, devem oferecer algum espaço para a família do usuário poder falar e ser ouvida sobre as suas dúvidas. A participação da família e dos amigos como grupos mais importantes na vida do usuário consiste numa ferramenta fundamental para o sucesso das práticas de cuidado em saúde mental (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

É necessário estarmos atentos para as dificuldades enfrentadas por alguns familiares em lidar com um parente com transtorno mental, pois os preconceitos sofridos pelo usuário vão se refletir na família, que pode reagir negando a doença ou, ainda, abandonando o paciente.

A fim de entender o que os Gestores apontam no Discurso do Sujeito Coletivo em relação à família, as quais são consideradas “problemas”, precisamos nos reportar a nossa história, a qual mostra que a atenção reservada à família na assistência em

psiquiatria é relativamente recente, pois os olhares eram voltados apenas a doença, não contemplando a pessoa com sua história e seu contexto.

Como enfatiza Pereira e Pereira Jr (2003), a partir da década de 40 e 50 do século passado, acentuando-se mais na década de 60, pesquisas de estudiosos na Europa e Estados Unidos voltaram-se para a família efetuando estudos que buscavam compreender como as relações familiares estariam diretamente ligadas ao surgimento dos transtornos mentais. O término da Segunda Guerra Mundial trouxe inúmeras transformações na sociedade e estas se refletiram também na assistência psiquiátrica, havendo grande interesse pelos aspectos sociais e familiares.

No Brasil, surgiu, a partir da década de 1970, o movimento da Reforma Psiquiátrica, que busca substituir os manicômios por uma rede de serviços territorializados em saúde mental associado a iniciativas sociais, culturais, políticas, científicas e jurídicas; o movimento tem como meta modificar os conceitos e a relação da sociedade com as pessoas portadoras de transtornos mentais.

Concordamos com Kantorski e Silva (2001), quando colocam que a reforma psiquiátrica se propõe a transformar saberes e práticas em relação à loucura, a perceber a complexidade do objeto de cuidado e a re-compreender o sofrimento psíquico.

Nesse contexto, emergem gradativamente estratégias, favorecendo um nível mais coletivo de participação, reconhecendo o valor da família na atenção a saúde mental e inserindo-a no projeto terapêutico do usuário dos serviços de saúde mental, em busca de uma melhor qualidade de vida tanto para quem é cuidado quanto para quem cuida (PEREIRA; PEREIRA JR, 2003).

Assim, devemos considerar, como afirma Evaristo (2000), que para interagir com o sofrimento é necessário interagir também com áreas colocadas como problemas, quais sejam, assistenciais, relações humanas, familiares, trabalho, entre outras.

A literatura aponta a família como a primeira rede social das pessoas. Nesse sentido, é fundamental a família para a manutenção do indivíduo com transtorno mental fora do hospital psiquiátrico, em uma visão mais ampla da assistência à saúde mental. A inclusão da família faz parte de uma compreensão que considera essenciais os recursos que compõem o território em que se pretende reinserir o sujeito.

Fallon et al. (1997) apontam a família como unidade de saúde no interior de um modelo de intervenção que possibilite resolver os problemas cotidianos, diminuindo o “stress” e, indiretamente, as recaídas. Ressaltam, ainda, que é essencial que o profissional mantenha relação com as famílias, envolvendo-as na experiência da busca da autonomia do paciente psiquiátrico.

Os encargos familiares oriundos da convivência com um portador de transtorno psíquico, segundo Pereira e Bellizzoti (2004), são classificados em objetivos e subjetivos. Os objetivos incluem o tempo utilizado para a assistência, redução do círculo de convivência social, do tempo livre, dificuldade econômica e dificuldade no trabalho. Já os encargos subjetivos se referem ao desenvolvimento de sintomas de ansiedade, de sintomas psicossomáticos, sentimentos de culpa, de vergonha, de desorientação quanto às informações sobre os transtornos mentais e isolamento social.

Em estudos realizados por Pereira (2003), fica evidenciado que a representação da doença mental de familiares que têm, em seu núcleo, pessoas que sofrem de transtorno mental está relacionada à desesperança, falta de perspectiva e de

crença na melhoria ou na reabilitação de seu familiar, identificando-se a necessidade de informações, de formação e de apoio aos familiares.

A família é o suporte indispensável para a garantia da sobrevivência e da proteção integral dos membros que a constituem. É nesse ambiente que seus membros recebem os apoios afetivos, psicológicos e, sobretudo, o material necessário a seu crescimento e desenvolvimento. No ambiente familiar são transmitidos os valores éticos e humanitários, onde se formam os hábitos, crenças e comportamentos dos indivíduos (OLIVEIRA; JORGE, 1998).

Isso denota a importância de fornecer ao núcleo familiar orientação, suporte, como também evidencia a necessidade de desconstrução dos manicômios internos, a desconstrução das idéias cristalizadas, de se repensar o que há anos considerava-se certo. Isso implica em revisão de valores, de condutas e de conceitos, abrindo possibilidades para um novo saber e um novo fazer.

O movimento da Reforma Psiquiátrica busca o processo de desinstitucionalização o qual traz dentro de si o caminho da reabilitação psicossocial. Nesse contexto, a família ocupa um espaço importante, sinalizado questões a serem consideradas na construção da desejada melhoria da assistência.

No entanto, se entendemos que os familiares devam contribuir numa atenção psiquiátrica mais humanizada e integralizadora, e que devem atuar como agentes terapêuticos, primeiro precisam ser instrumentalizados para que possam compreender os comportamentos, as reações de seu familiar, membro acometido pelo transtorno mental. Necessitam, ainda, de suporte para contribuir no resgate de valores, na participação em atividades sociais, no reforço de habilidades e no fornecimento de

orientações referentes à doença, com intuito de melhorar a qualidade de vida da família, minimizando os encargos enfrentados.

Essas considerações reforçam a importância do trabalho interdisciplinar na busca de caminhos que promovam a melhoria da qualidade de vida dos núcleos familiares, criando possibilidades reais de vínculos que poderão contribuir nas transformações da rede de assistência.

Em relação aos problemas identificados e as ações que o município vem desenvolvendo na área de saúde mental expressas pelos gestores municipais, mostramos a seguir o discurso de sujeito coletivo e os temas identificados.

Quadro 11 – Categorias Internas

TERCEIRA QUESTÃO	CATEGORIA DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	TEMA
Diante desses problemas identificados que ações seu município vem desenvolvendo nesta área?	DSC 1 - Acompanhamento/cadastrar; DSC 2 - Fornecer Medicamentos; DSC 3 – Rede de serviços em saúde mental. DSC 4 - Visita Domiciliar; DSC 5 – Palestras/ prevenção. Inserir em programas existentes na comunidade;	1- Reorganização dos serviços; 2-Visita domiciliar; 3- Prevenção;

Primeiro Discurso do Sujeito Coletivo

Com o fechamento do hospital o primeiro passo foi identificar esses pacientes, ou seja, fazer um diagnóstico da situação de saúde mental em nosso município, cadastrar, procurar identificar, agora nós estamos com a ficha do cadastro desses pacientes psiquiátricos, para que a gente possa acompanhar um pouquinho melhor, como endereço, conferir telefone e o diagnóstico de cada um. A gente tenta fazer esse acompanhamento com o psiquiatra, com a psicóloga, o acompanhamento com a família. A gente tem que identificar ele, tratar o paciente e conviver no dia-a-dia, nós estamos com vários pacientes psiquiátricos, inclusive crianças. Nós estamos acompanhando mais assim na marcação, no acompanhamento até o local, com a família.

Segundo Discurso do Sujeito Coletivo

A gente está fazendo um controle mais rigoroso do medicamento dele, mais perto, monitorando ele com o medicamento, tem pacientes que a gente está administrando o remédio. A gente vai na casa do paciente, porque a gente sabe que não tem quem vai dar o medicamento, então o próprio agente comunitário vai lá, dá a medicação na hora certa, mostra qual a importância, pois o nosso problema com ele é o medicamento, a gente fornece então até agora não temos paciente surtando, está bem controlado.

.

Terceiro Discurso do Sujeito Coletivo

Iniciamos a implantação de uma rede de serviços em saúde mental: o CASM, Centro de Atenção em Saúde Mental, para atender primeiramente os pacientes e familiares egressos do hospital psiquiátrico, criamos um setor de coordenação municipal de saúde mental com intuito de articular as ações, implementamos o CAPSi, com mais funcionários, e temos outras ações previstas que ainda não demos conta como: as residências terapêuticas, os leitos em hospitais gerais, iniciamos a capacitação dos profissionais da rede básica, uma sensibilização em relação às questões da saúde mental.

PRIMEIRO TEMA – REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

O processo de reestruturação do setor saúde coloca como desafio a implementação de mudanças que permitam enfrentar, de forma urgente e eficaz, a situação de saúde atualmente observada no país, sem perder de vista o fato de que tal situação é resultado das condições gerais de vida da população, o que limita e subordina as ações setoriais ao contexto mais amplo (FEKETE,1997).

O modelo tradicional de assistência à saúde mental no Brasil baseado na exclusão do sujeito do convívio social, por meio de sua internação em hospitais psiquiátricos por longos períodos de tempo, apresentava sinais de esgotamento desde o final da década de 70, quando os próprios trabalhadores dos hospitais psiquiátricos começaram a denunciar as péssimas condições as quais eram submetidos os pacientes

nesses locais, como: celas fortes, espancamentos e falta de higiene (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

A reorganização do modelo assistencial em saúde mental preconizada no contexto da reforma psiquiátrica necessita ser pautada em uma 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.

A efetivação da Reforma Psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Nessa perspectiva é necessário que os municípios desenvolvam políticas de saúde mental mediante a implementação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde que realize ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental (BRASIL, 2002a).

O processo de concretização da Reforma Psiquiátrica passou por diversos campos, a saber: econômico (diz respeito ao financiamento dos serviços substitutivos); jurídico (legislações, leis, portarias que regulamentam o modelo proposto); político (metas e projetos de governabilidade que possibilitem a expansão da rede de serviços substitutivos, que aumentem o poder de contratualidade do portador de transtorno psíquico e preserve seus direitos); social (metas de inserção pelo trabalho cooperativo, benefícios sociais) e cultural (espaços de desmistificação da loucura e de socialização do patrimônio cultural, filosófico, artístico, de lazer da comunidade) (AMARANTE, 2003).

A construção desse processo transita em diferentes espaços de negociação e poder, dentre eles destacamos os fóruns das Conferências Nacionais de Saúde Mental,

como instâncias privilegiadas de definições políticas em saúde mental e de controle social sobre a implantação dessas políticas.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, aconteceu em 1987 na cidade do Rio de Janeiro, neste fórum segundo Kantorski e Silva (2001), a saúde mental foi situada nas lutas mais gerais de uma sociedade, composta por diversos grupos e classes sociais, sendo enfatizado que as políticas de saúde mental têm excluído o doente mental da produção e do convívio social. Nesse sentido, o relatório do evento aponta estratégias para a reorganização do modelo assistencial vigente, definindo que o serviço público não credencie nem instale mais novos leitos nas unidades psiquiátricas tradicionais, devendo esses serem reduzidos e substituídos por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos e/ou serviços inovadores na atenção ao doente mental. Sugere-se também, neste evento, a reestruturação da assistência psiquiátrica, a adequação das legislações e reorganização dos serviços de modo que as mudanças fossem viabilizadas. O relatório demarca uma orientação com vistas à superação dos modelos convencionais de assistência psiquiátrica e oferece maior legitimidade às transformações em curso nos países latino-americanos.

Em 1992, acontece a II Conferência Nacional de Saúde Mental, com a participação de representantes dos usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, neste evento discutiu-se a reestruturação da atenção a saúde mental no Brasil, dentro dos princípios da municipalização e da cidadania dos doentes mentais.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em dezembro de 2001, e as discussões giraram em torno da implementação das conquistas expressas na aprovação da lei nº 10.216/01 e nas portarias do Ministério da Saúde que regulam a assistência em saúde mental no Brasil. O relatório final dessa Conferência, que teve

como tema central “Cuidar sim, excluir não” traz em seu capítulo I, que trata da reorientação do modelo assistencial em saúde mental, que para a efetivação da Reforma Psiquiátrica aconteça é necessário que cada município viabilize, de acordo com a realidade local e no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos recursos disponíveis, a implementação de uma rede de serviços de saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico, capaz de oferecer atenção integral ao usuário de saúde mental e a seus familiares, em todas as suas necessidades, nas 24 horas, durante sete dias da semana, fortalecendo a diversidade de ações e a desinstitucionalização (BRASIL, 2002a).

Nesse contexto, é fundamental o desenvolvimento de mecanismos que tenham como objetivo traduzir os princípios e diretrizes fundamentais para a implantação de um sistema de saúde universal e unânime a toda a população, transformando em práticas institucionais efetivas o direito à saúde.

Para Fekete (1997), assegurar em maior ou menor grau a direcionalidade pretendida, tendo em vista a realidade a ser trabalhada, implica em definição clara e específica dos objetivos e na sua materialização por meio de planos que estabeleçam o que fazer. A Política de Saúde Mental do Estado do Paraná segue os princípios do SUS, respeita as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e prioriza a construção da rede de atenção integral em saúde mental (PARANÁ, 2005a).

Esta rede, composta por modalidades diversificadas de atenção e integrada a rede básica territorializada, deve contemplar ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação e, também, ser estruturada de forma descentralizada, integrada e intersetorial, de acordo com as necessidades dos usuários, visando garantir o acesso universal a serviços públicos humanizados e de qualidade.

Para consolidação desta rede de atenção em saúde mental a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná estabelece metas a partir das diretrizes do Ministério da Saúde definindo em seu planejamento estadual alguns programas na área de saúde mental, os quais vêm dando balizamento para os municípios do estado do Paraná, são eles:

1. Programa de expansão e fortalecimento da rede de serviços extra-hospitalares

- Centros de Atenção Psicossocial - (CAPS I, II, III; CAPSi; CAPSad)
- Serviços Residenciais Terapêuticos
- Leitos psiquiátricos em hospital geral
- Ambulatórios de saúde mental

2. Inclusão das ações de Saúde Mental na atenção básica (Programa Saúde da Família e nas Unidades Básica de Saúde).

3. Programa de Formação e qualificação de Recursos Humanos dos municípios para ações de Saúde Mental.

- Núcleos de capacitação para a Reforma Psiquiátrica/Cursos de especialização, cursos de atualização, cursos de informações técnicas.

4. Reestruturação dos serviços próprios.

5. Programa de Atenção Comunitária a usuários de Álcool e Outras Drogas.

6. Programa de Avaliação dos hospitais psiquiátricos - PNASH/Psiquiatria.

7. Implantar as Comissões Revisoras de Internações Psiquiátricas

- Comitê Estadual;
- Comissões Regionais.

8. Implantação do Programa Nacional "De Volta Para Casa" (PARANÁ, 2005a).

Dentre as metas traçadas pela Secretaria Estadual de Saúde para atingir os objetivos propostos no plano de ações de saúde mental, destacamos algumas que acreditamos serem importantes para a reorganização dos serviços de saúde na região pesquisada:

Promover fórum de discussão sobre saúde mental e reforma psiquiátrica com as Regionais de Saúde visando a reorganização da rede assistencial do Estado.

Constituir uma Rede Integrada de Saúde Mental, com serviços de diferentes níveis de complexidade por Regionais de Saúde ou micro-regiões.

Sensibilizar e assessorar os gestores municipais para a implantação e incrementação dos serviços extra-hospitalares (visitas, reuniões, encontros, seminários).

Incentivar as Secretarias Municipais de Saúde para a implantação e/ou incrementação de serviços extra-hospitalares (ambulatórios, CAPS, Oficinas Terapêuticas, e outros) em saúde mental de acordo com as necessidades detectadas a nível local, em consonância com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Estimular os municípios para a integração de ações de Saúde Mental nas ações básicas de saúde e no Programa de Saúde da Família, promovendo atitude ética e promotora de saúde mental.

Incrementar e implantar serviços ambulatoriais, com otimização do atendimento psicoterápico e acompanhamento familiar, garantia de tratamento medicamentoso para população adulta e infantil e continuidade de tratamentos aos egressos hospitalares.

Estabelecer, com distribuição adequada no Estado, rede de leitos em Hospital Geral, com critérios claros quanto à finalidade dos leitos e seu tempo de permanência.

Sensibilizar diretores de hospitais e demais profissionais de saúde para o atendimento de pacientes psiquiátricos em hospital geral.

Estimular a criação de Centros Comunitários de Convivência, com participação e envolvimento de várias secretarias e comunidades em geral, visando utilizar o lazer e cursos profissionalizantes como espaço de reinserção social de portadores de transtornos mentais.

Revitalização dos serviços próprios para servir de referência a outros serviços, como campo de estágios, e outros treinamentos em Saúde Mental.

Formar recursos humanos dos municípios e dos serviços próprios, visando a melhoria na qualidade da assistência através de: cursos de especialização em Saúde Mental, cursos de atualização, cursos de informações técnicas, supervisão, educação continuada e outros.

Intensificar o treinamento de profissionais para trabalhar com usuários de álcool e drogas.

Elaborar em parceria com as Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde estratégias de implantação do Programa Nacional de Atenção Comunitária a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

Formar grupos interinstitucionais para ações de combate ao uso de álcool e drogas.

Implementar a política de medicamentos psiquiátricos para o Estado.

Promover a organização de uma Rede Assistencial para atendimento à criança e ao adolescente.

Promover a intersetorialidade entre serviços, organizações não governamentais e recursos comunitários, estabelecendo parcerias que contribuam para a melhoria da Saúde Mental da população.

Fornecer subsídios para o setor de informática alimentar e atualizar o sistema de informações nos assuntos referentes ao campo da saúde mental.

Elaborar e publicar protocolo de atendimento à saúde mental (PARANÁ, 2005a).

Entretanto, se em nível de elaboração teórica pode-se considerar que ocorreram avanços nas propostas de reorganização setorial, nos aspectos operacionais os resultados são menos expressivos. No discurso dos sujeitos participantes desta pesquisa, encontram-se demonstradas as dificuldades em se traçar ações/operações na área de saúde mental. As propostas dos gestores municipais são bastante pontuais e referem-se ao fornecimento de medicamentos, visitas domiciliares, acompanhamento e cadastramento dos indivíduos em sofrimento psíquico. Ações essas desordenadas,

fragmentadas e descontextualizadas em relação as demais políticas de saúde do município.

Devemos lembrar que a reorganização da assistência à saúde no Brasil é muito recente e que ela envolve fatores econômicos, culturais e políticos. Os setores da sociedade mais favorecidos economicamente, por exemplo, abandonam o sistema público e buscam outras alternativas, como os seguros de saúde privados. Isso acontece junto com a universalização da assistência. Ocorre, ainda, um racionamento na oferta dos serviços (poucos médicos, serviços em número insuficiente, entre outros), especialmente nos municípios de pequeno porte. Assim, em vez de incluir toda a população (universalização), o sistema público de saúde brasileiro, ao oferecer um serviço de má qualidade, exclui aqueles que têm condições financeiras de comprar serviços de melhor qualidade e acaba servindo somente os setores mais carentes da sociedade.

No entanto, temos que observar que a legislação da saúde estabelece quais são as responsabilidades de cada esfera de governo (federal, estadual e municipal). Todos os níveis de governo têm atribuições e, conseqüentemente, responsabilidades, mas é o nível local, ou seja, o município, que arca com as maiores responsabilidades. A partir da Reforma Psiquiátrica, é de responsabilidade dos municípios também a assistência aos indivíduos portadores de transtornos mentais como também a seus familiares.

Tal demanda exige dos municípios uma reorganização dos seus serviços, buscando a implantação de uma rede de serviços que contemple ações voltadas a essa clientela, mas com apoio técnico e financeiro da União (governo federal) e dos respectivos Estados.

Nessa reorganização dos serviços de saúde, deve-se pensar a construção de uma rede de serviços territoriais de Saúde Mental, com intuito de substituir o tratamento em hospital psiquiátrico, avançando no processo de Reforma Psiquiátrica da região oeste do Paraná, região onde estão situados os municípios em estudo.

A partir do processo de Reforma Psiquiátrica iniciado no país, a assistência prestada ao portador de transtorno mental torna-se elemento de um conjunto maior de ações que englobam diferentes setores (o serviço, o governo, o movimento social, a sociedade) e que compõem esses vários sentidos em um só (político, cultural, jurídico, trabalhista). Desse modo, a discussão sobre a loucura não se restringe somente ao campo técnico, ampliando-se para o campo da cultura e da ética.

Ao planejar uma reorganização dos serviços de saúde, visualizando a atenção em Saúde Mental, os gestores devem compreender a necessidade da construção desses novos espaços em interfaces com diferentes âmbitos: moradia, trabalho, tratamento e lazer. Pois a ênfase deixa de ser a doença, o déficit, o desvio, deslocando-se para o usuário e seu familiar, seus desejos, suas necessidades, seus potenciais que podem operacionalizar-se a partir das oportunidades construídas coletivamente.

Nessa reorganização dos serviços de saúde os gestores deverão estar atentos para não incorrerem na reprodução de um modelo manicomial dentro dos novos espaços, construindo mecanismos de exclusão e medicalização mais sutis do que aquele praticado nos asilos. A resignificação do campo da saúde mental nos remete a uma discussão complexa na qual se colocam questões políticas, éticas, culturais, sociais e psicológicas (KODA, 2003).

Dessa forma acreditamos que o Planejamento Estratégico Situacional possa servir de apoio metodológico para construir uma rede de cuidados em Saúde Mental na região estudada.

Corroboramos com Pitta (2001), quando coloca que não se trata de uma tarefa fácil, porém não impossível organizar, num território concreto, todos os serviços e iniciativas que possam responder às diferentes demandas que o transtorno psíquico, ou limitação, apresentam para usuários e equipes de saúde.

Definir território de área geográfica, talvez, seja o primeiro e um importante passo para os gestores municipais, equipes, profissionais e comunidade tomarem para si a responsabilidade de cuidar, pois há de haver um espaço próprio onde a dor, a angústia, o sofrimento profundo, o transtorno possa ter escuta e, se necessário, tratamento (PITTA, 2001).

Embora o espaço geográfico seja a representação mais presente quando imaginamos o local onde um serviço de saúde possa se instalar e ser referência para um conjunto de pessoas que possam ter acesso a esse lugar, a idéia de território tem a necessária dimensão de dinâmica e tensão que torna vivo, humano e contraditório o lugar onde pessoas e instituições negociam espaços de subordinação e liberdade, com o pretexto de alcançar níveis mais saudáveis de vida (PITTA, 2001).

Quarto Discurso do Sujeito Coletivo

Nós não temos nem um projeto, tem os agentes comunitários que fazem visita domiciliar para ver o comportamento das pessoas, visita semanalmente ou até diariamente, se possível, com objetivo de evitar a reinternação, para ver se ele está tomando o remédio, se está se comportando de modo adequado, mas como a rotina é

complicada a gente faz semanalmente e assim que tiver problema a gente traz para dentro do posto de saúde. Basicamente é o monitoramento por meio da visita domiciliar pelas equipes das unidades básicas, visita da enfermagem, visita do agente comunitário, que ele está sempre mais ligado e trazendo os problemas e a busca ativa.

SEGUNDO TEMA - VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar no entendimento dos sujeitos tem como objetivo principal o monitoramento do indivíduo em sofrimento psíquico com intuito de evitar a reinternação. No entanto, acreditamos que, além disso, ela constitui um instrumento facilitador na abordagem dos usuários e sua família. Por meio desse recurso podemos entender a dinâmica familiar, com o objetivo de verificar as possibilidades de envolvimento da família no tratamento oferecido ao usuário.

A visita domiciliar, após a alta, fornece aos usuários dos serviços de psiquiatria suporte para que os mesmos possam dar continuidade ao tratamento, evitando assim a reinternação. Sua importância vai além do acompanhamento do usuário, engloba também a família deste, que é vista por nós como uma unidade epidemiológica, social e administrativa de cuidado.

Segundo Mendes (1998), a utilização do domicílio como espaço de atenção à saúde não é uma prática nova, suas origens estão na busca de uma racionalidade na utilização de leitos hospitalares. Vem se utilizando a visita domiciliar crescentemente como forma de concretizar o princípio de que a internação não deve ser mantida quando cessam os benefícios de um paciente manter-se hospitalizado.

As visitas domiciliares são instrumentos de trabalho das equipes de saúde importantes no cuidado, sendo utilizadas nas mais diferentes formas de acompanhamento dos pacientes, quer sejam eles: hemodinamicamente instáveis, neurológicos, oncológicos, geriátricos, psiquiátricos ou como uma forma de atenção primária à saúde. Esta forma de cuidar já vem acumulando suficiente evidência para mostrar que é eficaz, eficiente, de qualidade e que humaniza a atenção (MENDES, 1998).

Para Reinaldo e Rocha (2002), são inúmeras as possibilidades de se utilizar este tipo de cuidado nas mais diversas especialidades. A criação do *home care*, e o programa de saúde da família, financiado pelo governo federal são exemplos de experiências que demonstram a sua efetividade o que vários autores, entre eles Gamba (1998); Pereira et. al (1998); Rodrigues e Casagrande (1996) já afirmaram em seus estudos.

Quando bem utilizadas, as visitas domiciliares devem ser vistas como um instrumento que vai proporcionar aos membros da equipe uma oportunidade de ouvir as necessidades dos familiares, podendo assim promover um cuidado integralizado a esta família. A visita domiciliar contribui ainda para redução dos custos hospitalares bem como para melhorar o prognóstico dos pacientes, em alguns casos; tem-se, por meio dela a oportunidade preciosa de realizar um trabalho de cunho preventivo não só com o paciente, mas também com a família e/ou cuidadores no próprio domicílio.

O manejo e o cuidado das pessoas que estão saindo do hospital psiquiátrico exige que os profissionais de saúde estejam preparados para ajudá-las, pois ao se depararem com as dificuldades e exigências da vida em comunidade é provável que elas voltem a uma situação de asilamento e deterioração no convívio social. “As

condições de agudez e de cronicidade não dependem exclusivamente da enfermidade, como também das situações de vida do paciente e, sobretudo da maneira de atendê-lo" (SARACENO 1999:109).

As mudanças que ocorreram nos últimos anos, na saúde mental, foram extremamente necessárias. Foram aglutinadas a esse processo não só os usuários, mas também os profissionais de saúde, familiares e a sociedade em geral. Acreditamos que o usuário tem direito ao resgate de sua cidadania, pois, historicamente, ele foi o mais lesado em todo o processo de evolução da psiquiatria, e a família que exige atendimento e orientação adequada também resgata sua identidade, lesada quando se institucionalizou o indivíduo com transtorno mental.

Quando fragmentamos o cuidar, estamos possibilitando que a nossa assistência fracasse; as reinternações muitas vezes já denotam a ineficiência terapêutica proporcionada pela ausência de uma intervenção global, que considere o manejo do usuário no domicílio e na comunidade.

Quinto Discurso do Sujeito Coletivo

O que nós estamos fazendo na realidade são ações de prevenção, nossos agentes e enfermeiros fazem palestras nas áreas do programa saúde da família, no sentido de prevenir. Palestras com relação ao uso de drogas, como tratar um paciente doente mental e como lidar com ele, a palestra é para a família e para a comunidade, e tentando incluir ele em algum programa, como o vida ativa a gente incluiu alguns pacientes tipo aqueles que não incomodam tanto, desenvolve atividade física, exercício

físico, a parte psíquica, a parte de auto estima, e faz a família levar ele lá para fazer uma atividade, ocupar ele um pouco então a gente trabalha mais na prevenção.

TERCEIRO TEMA – PREVENÇÃO

Na definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), esta consiste num “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente na ausência de doenças ou enfermidades". A presença de uma determinada enfermidade não deverá significar, de maneira alguma, que o indivíduo seja incapaz ou desprovido de potencialidades.

É necessário um olhar crítico sobre o conceito apresentado pela OMS, já que este, apesar de extrapolar a noção saúde com ausência de doença é reducionista ao não mencionar os diversos fatores que determinam o processo saúde/doença. Saúde é também qualidade de vida e, deste modo, produto que resulta do acesso a emprego, renda, educação, habitação, serviços de saúde, cidadania, lazer e bem estar espiritual. Em se tratando de prevenção, esta abrange um universo que extrapola a abordagem individual, incluindo ideologias, contexto cultural, econômico e social. Convencer alguém de que o uso de drogas é ilegal e que traz muitos malefícios para a saúde do indivíduo, tem o seu valor e se demonstrou efetivo até certo ponto. Mas será que mais pessoas não poderiam ser alertadas sobre o perigo que este vício traz para a saúde e será que não se poderia levar programas de prevenção mais próximos da realidade e vivência dos diversos grupos sociais existentes?

Uma reorientação desse modelo parece ser urgente e exigirá transformações nesse sistema de crenças e atitudes dos indivíduos; um movimento de mudança como

um processo social de maturação lenta, algo bem distante das propostas contidas em planos políticos muitas vezes fora da realidade, que propõem o melhor dos mundos no curto prazo. Há que se transitar, então de uma concepção negativa para uma concepção positiva de saúde, onde saúde seja expressão de qualidade de vida de uma população, um ponto de encontro, um produto social.

Trabalhar em torno de uma nova abordagem sobre a prevenção e o conceito de saúde não é uma tarefa fácil, mas começa pelo conhecimento da realidade do indivíduo ou público com o qual se pretende desenvolver um programa ou ação de prevenção. É imprescindível conhecer essa população, suas crenças, seus anseios, suas preocupações, estilos de vida e opiniões. Isso consiste num dos fatores determinantes para se iniciar algum trabalho que seja aceito e realmente incorporado dentro das experiências subjetivas (pensamentos, decisões) e concretas (ações, posturas, comportamentos) das pessoas.

Diante dessas considerações, estaria a incorporação – de forma consciente ou não - de um novo conceito de prevenção que se considera mais eficiente. É buscar, antes de tudo, qualidade de vida física, mental e social, utilizando-se desses meios para então atingir as atitudes, comportamentos e vivências dessa população, cabendo, para tanto, inclusive atividades culturais, discussões, oficinas e outras possíveis abordagens.

Por fim, acredita-se que não seja possível trabalhar a prevenção em saúde mental sem atentar para questões de como a população em geral lida com o preconceito com relação ao transtorno psiquiátrico no seu próprio meio, o que pensam sobre a saúde e a doença mental, o que esperam ou desejam para as suas vidas de uma forma geral. Esse contexto requer adentrar sobre tal realidade e buscar o uso de

metodologias de trabalho que possam modificar essas questões e suas atitudes em um sentido positivo.

O questionamento sobre as ações de saúde mental que vêm sendo desenvolvidas no município levantado junto aos sujeitos participantes da pesquisa visou apreender a explicitação nos DSC do segundo momento do planejamento, o momento normativo que, para Matus (1993), é a instância do desenho, ou seja, do conteúdo propositivo do plano que precisa como deve ser a realidade, em contraposição aos problemas presentes.

Esse momento incide também sobre como deve ser a estratégia (M3), como deve ser a decisão e a execução do plano (M4) e como deve ser a norma que serve de referência para explicar a situação presente (M1) e selecionar os problemas (MATUS, 1993).

Embora o centro do momento normativo seja “o deve ser” do conteúdo do plano, os outros momentos do processo de planejamento estão sempre presentes.

Evidenciamos, pela fala dos sujeitos, que a motivação que os levou a pensar ações de saúde mental em seus municípios, exceto um que já vinha trabalhando na perspectiva de um planejamento nesta área, foi o fechamento do único hospital psiquiátrico da região, fazendo com que tomassem algumas medidas a curto prazo. Tais medidas tinham como objetivo controlar os indivíduos portadores de transtornos psíquicos, evitando as internações e apontando para ações de reorganização dos serviços de saúde (necessidade de cadastrar os pacientes/ fornecer medicamentos/ rede de serviços de saúde mental); visita domiciliar e trabalhar com a prevenção. Essas foram as ações mencionadas pelos gestores, tentando atingir seu objetivo de evitar internações.

Não podemos negar que os municípios trabalham com um método de planejamento, embora empiricamente, e que este método vem ordenando as ações de saúde mental em seus municípios.

No questionamento acerca de como chegaram a essas ações e quem participou dessas decisões/ações propostas pela secretaria, mostramos a seguir o discurso do sujeito coletivo e os temas identificados por meio da fala dos gestores municipais.

Quadro 12 – Categorias Internas

QUARTA QUESTÃO	CATEGORIA DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	TEMA
Como chegaram a essas ações e quem participou dessas decisões/ações propostas pela sua secretaria?	DSC 1 – A equipe do PSF, a equipe completa. DSC 2 – Teve um envolvimento de vários setores como, do conselho municipal de saúde, de algumas entidades, como Rotary, Associação de moradores, pastoral da família, enfim, foram envolvidas todas as instituições, questão de secretaria de educação e assistência social.	1) Equipe 2) Intersetorialidade

Primeiro Discurso do Sujeito Coletivo

A partir do fechamento do hospital as ações a serem implantadas foram discutidas com a equipe, a partir do momento que a gente não conseguiu internar o paciente que o paciente voltou para nossa unidade a gente teve que se virar, teve que acompanhar, então a gente começou a descobrir com a própria equipe que o acompanhamento seria essencial. Tivemos umas idéias da primeira médica que veio

trabalhar aqui, dos agentes comunitários de saúde, da equipe do Programa Saúde da Família, a enfermeira, o médico, o auxiliar, a equipe completa. O programa de saúde mental entrou no sistema das nossas reuniões semanais e a equipe da epidemiologia aqui da unidade básica, junto com os auxiliares e as enfermeiras, a equipe toda, a equipe que mais se envolve é a do Programa Saúde da Família, então na realidade foi com a equipe que nós implantamos.

Segundo Discurso do Sujeito Coletivo

Teve um envolvimento de vários setores como, do Conselho Municipal de Saúde, de algumas entidades, como Rotary, Associação de moradores, Pastoral da Família, Secretaria da Ação Social, Secretaria de Educação, Juizado de Menores, Promotor Público, enfim foram envolvidas todas as instituições para colocar a situação, até porque existe muita cobrança da sociedade em relação ao que fazer com esses pacientes.

PRIMEIRO E SEGUNDO TEMA – EQUIPE – INTERSETORIALIDADE

(Integrando atores sociais)

O envolvimento dos vários setores da sociedade na formulação de políticas e ações na área de saúde mental relatado pelos sujeitos desta pesquisa é apontado no relatório da III Conferência de Saúde Mental. No relatório ressalta-se a importância de, no momento de definir as ações, pensar os princípios da Reforma Psiquiátrica, a qual

requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da Educação, Cultura, Habitação, Assistência Social, Esporte, Trabalho e Lazer e a articulação de parcerias com as Universidades, o Ministério Público e as Organizações Não-Governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania da população (BRASIL, 2002a).

Conforme o Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a implantação efetiva dos princípios da Reforma Psiquiátrica requer um processo de co-gestão interdisciplinar, das equipes e serviços de saúde mental por meio da sua participação constante desde o conhecimento da realidade, da elaboração do planejamento, execução e avaliação dos serviços. Reforça que este processo de co-gestão deve incluir ainda os usuários e familiares.

Percebemos então, por meio dos Discursos dos Sujeitos, que, a partir do fechamento do hospital psiquiátrico, os gestores estão diante de uma situação em que algo deveria ser feito, então convocam as equipes para ajudar a decidir o que fazer. Aqui tentamos visualizar o terceiro momento do planejamento estratégico, ou seja, o momento estratégico que se concentra, segundo Matus (1993), no cálculo da articulação entre o deve ser e o pode ser.

Segundo Rivera e Artmann (1999), possivelmente o grande mérito do planejamento estratégico tenha sido o de trazer à tona a iminência do diálogo, da possibilidade de uma problematização coletiva capaz de articular sujeitos sociais, da possibilidade de incorporação de um raciocínio sobre a governabilidade de situações de compartilhamento e dispersão do poder que enfatiza a negociação política.

Para Matus (1993), um ator com conhecimento do problema e capacidade de raciocínio estratégico, com certeza, enfrentará melhor um problema do que alguém com

baixo conhecimento da realidade e apenas conhecimento de métodos, por melhor que este seja. No entanto, não podemos negar a importância de métodos que ajudem a dar conta da complexidade da tarefa, de gerir situações que apresentam variáveis não controláveis e que exigem respostas eficazes, criativas e flexíveis.

Para Paim (1999), o planejamento pode ser um meio de auxiliar a interação entre os sujeitos (profissionais de saúde no trabalho em equipe e entre estes e os cidadãos-usuários e seus familiares), no sentido de viabilizar um dado projeto para a saúde.

No caso do trabalho cotidiano de uma Unidade de Saúde, a construção de um planejamento das ações engloba todos os agentes que compõem a equipe de trabalho por meio de uma prática comunicacional que requer tolerâncias às diversidades e a possibilidade ao novo, às mudanças, às críticas, o que, por sua vez, requer que os profissionais conheçam o trabalho do outro, e participem dos distintos momentos do processo de trabalho, ou seja, do planejamento, execução e avaliação de todas as ações desenvolvidas na Unidade.

Todavia, nem sempre os gestores responsáveis pela elaboração de programas na área da saúde tem se atentado para a questão do envolvimento de todos os grupos de interesses na definição de estratégias de ação, mas vêem o trabalho em equipe como se fora uma panacéia capaz de solucionar, por si mesmo, os problemas decorrentes da complexidade do processo saúde-doença em indivíduos singulares e no âmbito populacional.

Apontam também, em seus discursos coletivos, o envolvimento de vários setores, buscando assim o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da Educação, Assistência Social, Organizações não governamentais, visando à

melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania desses indivíduos.

Discutir melhoria das condições de saúde de uma população, sem trazer a tona à questão da intersetorialidade é visualizar uma organização não preocupada em construir Planos de Ações Regionais que valorizem os aspectos da cultura local, regional e étnica, com bases em um perfil epidemiológico e indicadores de saúde, nos quais estejam contemplados os aspectos da intersetorialidade.

As estruturas setorializadas, segundo Junqueira et. al (1997), tendem a tratar o cidadão e os problemas de forma fragmentada, com serviços executados solitariamente, embora as ações se dirijam a mesma pessoa, a mesma família, ao mesmo trabalhador e ocorra no mesmo espaço territorial e meio ambiente. Essas estruturas conduzem a uma atuação desarticulada e obstaculizam os projetos de gestões democráticas e inovadoras. O planejamento tenta articular as ações e serviços, mas a execução desarticulada e setorial perde de vista a integralidade do indivíduo e a inter-relação dos problemas.

Torna-se muito difícil, com esse modelo de operação fragmentada, promover condições de inclusão social que não passem por itens isolados, mas por um conjunto de direitos relacionados entre si. O alcance de uma condição isolada, além de mais difícil, não promove a inclusão dos indivíduos e, freqüentemente, perde até o seu próprio impacto. A reforma psiquiátrica, por exemplo, foi introduzida na política de saúde para garantir que o indivíduo portador de transtorno mental, antes excluído do mundo da cidadania, torne-se sujeito e não objeto do saber. Nesse sentido, não basta fechar hospitais, desinstitucionalizar o indivíduo portador de transtorno mental, mas é necessário, nesse processo complexo, recolocar o problema, reconstruir saberes e

práticas de estabelecer novas relações, ou não será possível construirmos novos sujeitos, novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos.

Contrapõe-se à setorialidade, segundo Junqueira et al. (1997), uma nova lógica que se refere basicamente à população, reconhecendo os indivíduos e grupos da população, considerando as suas condições peculiares de vida. As prioridades, nesse caso, são definidas a partir de problemas da população, cujo equacionamento envolve ações integradas de vários setores.

Essa proposta identificada nos DSC supõe a articulação de dois eixos: descentralização e intersetorialidade.

Intersetorialidade é aqui entendida como a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Visa promover o impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social (ARRETCHE, 1995).

Para o referido autor, os conceitos de intersetorialidade e descentralização aproximam-se, na medida em que este último é compreendido como a transferência do poder de decisão para as instâncias mais próximas e permeáveis à influência dos cidadãos, e o primeiro diz respeito ao atendimento das necessidades e expectativas desses mesmos cidadãos de forma integrada. Ambos devem considerar as condições territoriais, urbanas e de meio-ambiente dos micro-espaços que interagem com a organização social dos grupos populacionais.

Essa lógica da intersetorialidade deve viabilizar a identificação dos problemas e potencialidades dos grupos populacionais em relação a padrões de qualidade de vida, considerados a partir dos direitos de cidadania e promover a interferência,

transdisciplinariedade, visão holística, intencional e monitorada, nas questões que estão no espaço de governabilidade do poder público municipal.

No município, como espaço definido territorial e socialmente, é que se concretizará a integração e a ação intersetorial. Essa interação pode ser construída por meio de um processo dinâmico entre os sujeitos, mediada por novos paradigmas (na questão da reforma psiquiátrica – um novo olhar para o indivíduo portador de transtorno mental), que devem promover a mudança das instituições sociais e suas práticas. Esse processo de construção é também um processo de aprendizagem e de construção dos sujeitos, da sua consciência e dos seus direitos de cidadão a uma vida de qualidade (JUNQUEIRA, 1994).

A articulação da descentralização e intersetorialidade na questão de organizar uma rede de serviços em saúde mental, permite o estabelecimento de redes regionais de ação social, orientadas por planos específicos e integradas para cada grupo populacional, numa dada região, visando atender as suas peculiaridades. Essas redes não só podem integrar os diversos equipamentos públicos existentes em um dado espaço geográfico, como incluir outros parceiros autônomos da sociedade civil, organizações não governamentais, conselhos e espaços de interlocução, de modo a potencializar os resultados para um dado grupo populacional (ARRETCHE, 1995).

De modo geral, existe uma insatisfação presente no cotidiano dos gestores de saúde, em relação à atenção prestada aos indivíduos portadores de transtorno mental, pois eles têm a percepção de que não se dá conta de tudo e de que, muitas vezes, não se conclui a atenção satisfatoriamente, ou seja, a resposta que se dá aos problemas nem sempre é a melhor, nem sempre é integral. Nesse sentido, a construção de um

projeto mais amplo, mais efetivo e que possa agregar setores distintos e saberes específicos é, sem dúvida, mais coerente do que o trabalho isolado.

O Planejamento Estratégico poderá ser de grande valia para esses gestores, já que apontam a intersetorialidade como um mecanismo para atingir os objetivos propostos, ou seja, integrar os indivíduos portadores de transtorno mental a sociedade. Esse método de trabalho está baseado no reconhecimento do não reconhecimento, da insuficiência do que já é sabido, da necessidade de criar novas alternativas. Novas alternativas que dependem da articulação de outros olhares, outros saberes, outras forças (TESTA 1995).

O primeiro passo para se pensar na assistência a essas pessoas consiste na capacidade dos gestores de reconhecer as limitações do olhar setorial (cada qual detém uma parte da verdade, das explicações, mas não da totalidade). É necessário reconhecer que não se têm todas as respostas e nem poder suficiente para dar conta do problema.

O segundo passo é que, em troca da possibilidade de uma ação mais potente, os vários segmentos estejam dispostos a abrir mão de parcelas de poder para viabilizar uma ação intersetorial. Isso não implica ausência de conflitos ou contradições, ao contrário, eles estão presentes todo o tempo e parte do processo é exatamente aprender a desenvolver tolerância, capacidade de escutar e de negociação (HABERMAS, 1989).

Com relação às dificuldades que os municípios vêm enfrentando ao implantar as ações de saúde mental, expomos abaixo o discurso do sujeito coletivo bem como os temas identificados.

Quadro 13 – Categorias Internas

QUINTA QUESTÃO	CATEGORIA DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	TEMA
Ao implantar as ações que dificuldades seu município vem enfrentando para desenvolvê-las?	DSC 1- Família é uma dificuldade; DSC 2 - A medicação é uma dificuldade; o internamento, a internação é uma dificuldade maior; uma grande dificuldade em questão é a do transporte da equipe, deslocamento, a gente tem pouco carro na unidade; Outra dificuldade é o espaço, a gente não tem um espaço adequado pra conversa, pra reunião, pra dialogo, e esse paciente exige isso a gente tem que ter um acompanhamento específico. DSC 3- a maior dificuldade que a gente tem é com relação ao material humano	1) Família; 2) Infra-Estrutura (Medicação, internamento, transporte, espaço físico, consulta área especializada). 3) Capacitação dos Recursos Humanos;

Primeiro Discurso do Sujeito Coletivo

O problema maior é com a família, a família teve dificuldade de entender essa nova proposta, não sabe lidar com esse paciente, não tem paciência, porque ele é uma pessoa diferente, acham que incomoda, que eles têm que trabalhar, não tem com quem deixar, uma grande rejeição porque tivemos uma grande dificuldade com a família, eles não queriam, o problema não é meu, o problema é teu, te vira, eu não tenho culpa que eles tenham um filho, um irmão, e nem eles não têm culpa. Na verdade se a gente tivesse também um familiar doente a gente não teria um instinto equilibrado, é falta de

preparo. Então uma das dificuldades é a família, tivemos que trabalhar bastante esta questão com a equipe para que nos auxiliasse com os familiares.

Outro problema é com quem deixar, quem fica em casa cuidando desse paciente, porque ele sai pra rua, ele apronta, é o próprio despreparo da família, a família fala que eles têm que trabalhar e não recebem nem uma pensão pra isso. Então é outro problema, porque a família não tem como ficar em casa. Quem vai ficar em casa cuidando, eu tenho que trabalhar e não recebo nada, então quem vai cuidar.

PRIMEIRO TEMA – FAMÍLIA: Contexto das dificuldades ao implantar ações de Saúde Mental.

Nesta questão buscamos identificar o quarto momento do Planejamento Estratégico Situacional, ou seja, o momento tático operacional, instância do fazer, nela produz-se à mediação entre o conhecimento e a ação. Os momentos anteriores – explicativo, normativo e estratégico são cálculos; não transcendem o ator que planifica, constituem análises, desenhos e simulações que não perturbam a situação real. Nos momentos anteriores temos raciocinado, desenhado, mas não temos produzido fatos ou operações que incidam em mudança situacional, porém é necessário chegar ao momento em que toda essa análise acumulada deve transformar-se em uma ação concreta, em um fator de mudança (MATUS, 1993).

Conforme Rivera (1992:143) no momento tático-operacional devemos distinguir quatro submomentos:

a) Apreciação da situação conjuntural – é o sensor que permite captar a realidade e o desenvolvimento inicial de novos problemas;

b) Pré-avaliação das decisões possíveis – significa o meio para selecionar as operações e as ações mais eficazes no enfrentamento da conjuntura, ao mesmo tempo a aproximação dos objetivos do plano, bem como suficiente informação para alimentá-lo e corrigi-lo;

c) A tomada de decisões e a execução – quando apoiada nos submomentos anteriores permite, conciliar os critérios políticos, econômicos e de curto e médio prazo a partir de uma apreciação de conjunto, tendo em vista que a ação de todos não seja dividida em âmbitos contraditórios;

d) A pós-avaliação – consiste em uma nova apreciação da situação para comparar os efeitos reais com os efeitos esperados pelo plano de ação. Requer indicadores representativos do grau de cumprimento das operações.

Assim, neste momento, os gestores nos apontam as dificuldades encontradas, elencando a família como problema, a questão da infra-estrutura (fornecimento de medicamentos, transporte dos indivíduos, espaço físico, consulta com especialista) e ausência de Capacitação de Recursos Humanos.

Em relação ao tema família já apresentamos essa discussão anteriormente, no entanto é importante lembrar aqui que uma nova forma de assistência em saúde mental vem sendo implantada, embasada nos preceitos da Reforma Psiquiátrica, que aos poucos vem sendo efetivada nos serviços de saúde do país que criam possibilidades de transformação e construção de um outro saber, pautado no acolhimento, na humanização e na integração do homem no contexto social.

Seguindo Pereira e Bellizzoti (2004), à medida que os serviços ampliam sua extensão e visualizam a importância do projeto terapêutico, a família aparece como

protagonista das estratégias de cuidados, tornando-se parte do processo reabilitativo que visa a promoção da pessoa, aumenta as habilidades e impulsiona a criação de um sistema continuado de apoio social.

A relação da família com o indivíduo com transtorno mental aparece não só como um problema social a ser equacionado pela sociedade, mas também como uma questão teórica, que deve ser trabalhada e justificada cientificamente para buscarmos a proximidade entre a família e o seu doente, pois a mesma ficou muito tempo aguardando pacientemente a devolução de seu familiar recuperado ou curado, no modelo assistencial asilar. Este centrava sua atenção no indivíduo com transtorno mental, excluindo a família de sua abordagem, a qual tinha o papel restrito de identificar a loucura, encaminhar o seu portador ao asilo para cuidados médicos, visitá-lo esporadicamente e fornecer informações necessárias sobre a história de sua enfermidade (ROSA, 2003).

Segundo Cianciarullo (2002), a família tem como pressupostos básicos o desenvolvimento emocional, a socialização, a organização dos papéis das relações e de seus membros com a comunidade e a preservação do patrimônio. Atualmente ela constitui-se provavelmente num dos mais importantes contextos no qual as ações de saúde materializam-se, buscando equacionar o processo saúde/doença.

Acreditamos que para mudar este quadro em que a família é vista como um problema, os profissionais de saúde devem entender a importância da participação do familiar desde o momento da definição da necessidade de buscar ajuda, onde e com quem, passando pelo suporte das condutas indicadas, até a finalização do processo de intervenção e incorporação, validação ou não das ações indicadas para a manutenção

ou melhoria das condições crônicas ou agudas dos usuários dos serviços de saúde (CIANCIARULLO, 2002).

Conforme Melman (2001), com o processo da Reforma Psiquiátrica, um número cada vez maior de pessoas passam a serem assistidas em serviços extra-hospitalares, introduzindo novos elementos no campo de negociação entre famílias e o campo da saúde mental, abrindo caminhos para as partes rediscutirem as bases de uma nova relação. Neste cenário, as famílias se viram estimuladas e pressionadas a voltar a assumir a responsabilidade pelo cuidado de seus membros adoecidos.

Resgata-se, aqui, o discurso dos sujeitos da pesquisa quando afirmam que a família relata que cuidar de seu membro doente é uma sobrecarga familiar[21] esforço muito grande, pois esta tarefa envolve a função de acompanhar seus membros adoecidos e cuidar deles. Em geral, os pacientes psiquiátricos apresentam grandes obstáculos para produzir economicamente, o que implica em uma situação de dependência da família. Do ponto de vista emocional, o estresse, as vivências de instabilidade e insegurança, os conflitos freqüentes nas relações fazem parte do cotidiano dessas pessoas. Outra questão importante é o afastamento dos cuidadores do convívio social motivados pela vergonha, cansaço ou frustração. Assim o conhecimento desse quadro de sobrecarga por parte dos profissionais de saúde sugere que as intervenções terapêuticas levem em consideração essa realidade, demandando a criação de dispositivos terapêuticos mais elaborados e eficazes para enfrentar necessidades mais complexas e abrangentes de existência cotidiana dos pacientes portadores de transtorno psíquico no espaço social (MELMAN, 2001).

---

[21] Sobrecarga Familiar: este conceito foi desenvolvido para definir os encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares estão submetidos e o quanto à convivência com um paciente representa em peso material, subjetivo, organizativo e social. (MELMAN, 2001).

Essa situação impõe aos gestores municipais a tarefa de discutir com a equipe e comunidade a importância de investir em novos cenários, organizados em torno da integração de todos os atores envolvidos neste processo de reorientação do modelo de atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica, que são: usuários, familiares, equipe e demais membros da sociedade implicados.

Segundo Discurso do Sujeito Coletivo

Quanto às dificuldades são as condições de infra-estrutura, pois os municípios não estavam preparados para receber esta nova demanda, então as dificuldades são muitas desde a medicação, a internação, serviços especializados para receber esses pacientes, a consulta, o transporte da equipe é uma dificuldade. Nem todos têm necessidade de internamento mas têm alguns que quando entram em crise realmente não têm o que segure. A gente tem poucos profissionais ligados na área da psiquiatria, de repente quando você precisa encaminhar um paciente para fora é difícil, você não consegue uma referência, você não tem uma referência pra encaminhar esse paciente, não só para tratamento psiquiátrico, às vezes uma clínica de recuperação, não tem, então a maior dificuldade é o local pra você manter esse paciente isolado.

Outra dificuldade é na hora que precisa de uma consulta porque, às vezes, a pessoa está bem e de uma hora para outra ela surta, acontece algum imprevisto e a gente encontra uma certa dificuldade de marcar essa consulta imediatamente, de repente a pessoa fica sem tomar medicamentos uma, duas semanas pra poder

conseguir marcar uma consulta com especialista, eu acredito que um dos maiores problemas que a gente vem enfrentando no nosso município é esse aí.

Uma grande dificuldade em questão é a do transporte da equipe, deslocamento, a gente tem pouco carro na unidade, uma grande dificuldade o deslocamento da unidade até no interior que o município é grande, muito extenso; muitas vezes temos dificuldade de ir até a casa, por ser muito longe, tempo de chuva a gente acaba indo pouco, por dificuldade de transporte, de carro que conduza a equipe até os locais, principalmente no interior, pois alguns moram nos sítios, longe daqui do posto. A gente não tem um espaço adequado pra conversa, pra reunião, pra diálogo, e esse paciente exige um acompanhamento específico. Enfim, o problema maior é o financeiro, pois o governo não vem repassando os recursos que eram destinados aos leitos psiquiátricos, e que agora estão fechados, este dinheiro deveria ser investido em serviços abertos, porém isso não vem ocorrendo, se tornando uma dificuldade para todos os municípios da região.

SEGUNDO TEMA - INFRA-ESTRUTURA

Outro problema apontado pelos gestores no momento tático operacional, ou seja, no momento de implantar as ações/programações são as deficiências existentes no município em relação à infra-estrutura (fornecimento de medicação, internação, transporte da equipe, espaço físico, disponibilidade de consulta nas áreas especializadas).

Assim, percebemos que o nó crítico neste momento para se implantar ações voltadas para a questão da Saúde Mental é a não acessibilidade organizacional do

usuário às necessidades básicas no atendimento, sendo representada pelos obstáculos que se originam nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde. Os obstáculos podem estar na entrada ou no interior da Unidade de Saúde. Conforme Fekete (1997), o primeiro é relativo aos aspectos que caracterizam, o contato inicial com a Unidade, tais como demora em obter uma consulta (área especializada), tipo de marcação de horário, turno de funcionamento. O segundo obstáculo se está relacionado com as características que interferem na assistência ao usuário dentro da unidade como é o caso do tempo de espera para ser atendido.

Outro aspecto apontado pelos gestores e que vêm corroborar com a autora acima, é no que se refere à continuidade da assistência, já que são ainda incipientes os mecanismos de referência e contra-referência (com relação ao internamento).

Isso implica dizer que os obstáculos não se limitam ao contato inicial com a Unidade, mas que podem seguir-se dentro dela e nos demais níveis do sistema.

Para superar e/ou prever esses obstáculos que poderão ocorrer no momento de implantar as ações devemos enfrentar, segundo Rivera (1992:145) os seguintes desafios:

> a) Desenvolver uma capacidade para conhecer a realidade concreta em cada situação e suas tendências, embora esta mude com rapidez, este é um problema de informação, capacidade de análise, capacidade de antecipação das tendências situacionais e sensibilidade para quebrar barreiras;
> b) Fazer um cálculo oportuno de pré-avaliação das operações que se propõem produzir na situação;
> c) Fazer um cálculo de pós-operação mediante uma grande variedade de indicadores que reflitam o grau de cumprimento das operações e de seus efeitos sobre a situação;

Observando as dificuldades apontadas, constatamos que algumas são geradas pela forma como estão organizados os serviços de saúde, indicando a necessidade

premente dos gestores lançarem mão de um método de planejamento que venha possibilitar a construção de resoluções para os problemas enfrentados na questão da Saúde Mental.

Assim nos reportamos a Matus (1987), quando fala que o planejamento deve ser entendido como um instrumento a serviço da libertação dos seres humanos, já que favorece a intenção de submeter os acontecimentos e seu curso à vontade dos homens, não permitindo que os mesmos sejam conduzidos e procurando que se transformem em condutores.

Governar exige que se articulem permanentemente três variáveis: o projeto de governo (Plano Municipal de Saúde); a capacidade de governo (condução) como os gestores estão conduzindo a questão da reorganização dos serviços de saúde na perspectiva da Reforma Psiquiátrica; e a governabilidade do sistema (pelo ator-protagonista). Acreditamos que, aqui, o PES pode ajudar o gestor, pois busca desenvolver um conjunto de técnicas, métodos, diretrizes e habilidades que permitam ao ator-protagonista (Secretários Municipais de Saúde) em situação, aumentar suas capacidades de direção, gerência, administração e controle do sistema social em questão (BRASIL, 1997).

Para dar conta dos desafios que acompanham a implementação de mudanças no modelo de atender o indivíduo com transtorno mental, onde encontramos forças sociais que se somam, opõem-se ou se antagonizam, os secretários municipais de saúde precisam de um planejamento centrado em problemas e em operações que devem ser desencadeados para enfrentá-los, somente assim conseguirão eliminar os obstáculos que se interpõem entre a população e os recursos de saúde.

Apesar dessas dificuldades, acreditamos que toda definição de um sistema de assistência à saúde, e neste caso a saúde mental, deve levar em consideração as dimensões da infra-estrutura, a fim de que os avanços teóricos, relativos à organização setorial, transforme-se em práticas de cuidado no interior dos serviços.

Terceiro Discurso do Sujeito Coletivo

A maior dificuldade que a gente tem é com relação a material humano mesmo, recursos humanos capacitados, dificuldade com a equipe, é a questão mais na área profissional, a gente tem poucos profissionais ligados na área da psiquiatria. A capacitação é própria, a gente usa o nosso psiquiatra para orientar o pessoal e a nossa psicóloga, então é feito um trabalho interno mesmo.

TERCEIRO TEMA - CAPACITAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS

A Reforma Psiquiátrica representa muito mais do que a implantação de novos serviços em saúde mental, trata-se de uma nova relação com a loucura e suas formas de abordagem, devendo instaurar uma nova resposta social ao adoecimento e ao portador de sofrimento psíquico.

Para Furtado e Campos (2005), avançar no processo da Reforma Psiquiátrica significa ir além da simples implementação de novos serviços e, para isso, necessitamos ter um quadro de profissionais imbuídos de uma postura profissional profundamente distinta do modelo anterior, sobretudo se considerarmos que as novas

modalidades de atenção em saúde mental não se resumem a novas técnicas de tratamento, mas constituem numa ética de inclusão.

As considerações apresentadas por estes autores nos remetem a questionamentos com relação à viabilidade de se instaurar uma outra forma de cuidado, um novo modo de lidar com o portador de sofrimento psíquico entre os trabalhadores de saúde mental. Entendemos que a resposta a estas questões não está dada somente por meio da implementação de cursos de capacitação de recursos humanos, embora esta ação possa fazer parte de um conjunto de estratégias que visem o enfrentamento dos desafios de consolidação da reforma psiquiátrica.

A capacitação dos Recursos Humanos na área da psiquiatria e saúde mental é apontada pelos sujeitos participantes da pesquisa quando analisam as dificuldades no momento de implantar as ações/programações voltadas para os indivíduos com transtorno mental.

Conforme o relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o avanço do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil requer a ampliação das instâncias de capacitação dos diferentes agentes do cuidado no campo da saúde mental, para além das Universidades, e exige, nas três esferas do governo, que os centros de Formação de Recursos Humanos estabeleçam as bases para criar imediatamente programas estratégicos interdisciplinares e permanentes de formação de Recursos Humanos em saúde mental para o SUS.

Essa política de formação e capacitação deve criar espaços de troca baseados na realidade local, com valorização dos diversos saberes e metodologia participativa, construída por meio de intercâmbio entre os municípios, coordenadorias regionais e Estados, e entre serviços e instituições formadoras, voltadas para profissionais de

saúde em todos os níveis de atenção, considerando a competência técnica e política desejada. Nesse processo, torna-se fundamental incluir usuários e familiares voluntários nas oficinas de capacitação em saúde mental, como parte da equipe de instrutores (BRASIL, 2002a).

Ainda, nessa Conferência, foram elencadas várias propostas de capacitação, conforme (BRASIL, 2002a:77):

> Garantir formação e /ou capacitação para médicos generalistas em saúde mental;
> Promover a formação continuada de todos os profissionais que trabalham em hospital geral para lidar com problemas de saúde mental;
> Criar residências multiprofissionais em todas as áreas, no quadro do SUS;
> Garantir que todos os serviços de assistência pré-hospitalar de urgência/emergência pública e privada tenham capacitação para atendimento a portadores de transtornos mentais;
> Criar parcerias;

Acreditamos que essa necessidade de capacitação de Recursos Humanos em Saúde Mental seja uma realidade nacional. Atualmente esta responsabilidade está a cargo do “Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde”, que é formado por representantes de vários setores (Regionais Coordenadorias de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Universidades Públicas e Privadas), as quais, mediante solicitação dos serviços, elaboram e aprovam projetos de capacitação para profissionais que atuam na rede de saúde.

Porém, existe uma preocupação com as instituições de formação as quais ainda assimilam poucas discussões trazidas pela Reforma Psiquiátrica e vêm oferecendo tímidas contribuições em termos de avaliação e propostas para o seu desenvolvimento.

Na Coordenação Regional de Saúde, em estudo, vem ocorrendo, desde 2004, cursos de capacitação e aperfeiçoamento em Saúde Mental para médicos generalistas, enfermeiro, assistente social, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde que atuam em Unidades Básicas de Saúde e Unidade de Saúde da Família. Porém tais iniciativas não têm ainda suprido a necessidade dos municípios, pois são poucos os instrutores capacitados na área de Psiquiatria e Saúde Mental para desenvolver tais capacitações, gerando uma inquietação muito grande por parte dos serviços de saúde que já vêm atendendo a essa demanda de uma forma “improvisada”, pois se sentem incapazes de dar uma assistência de qualidade a esses indivíduos e seus familiares.

Para Furtado e Campos (2005), a formação de profissionais no próprio serviço é uma alternativa, no entanto, nossa prática tem evidenciado que a formação permanente ainda que imprescindível é insuficiente na geração de novas posturas éticas, de um novo posicionamento e abertura diante daquele que padece de sofrimento psíquico.

Com relação às formas de acompanhamento e avaliação adotadas pelos municípios no que tange às ações de saúde mental, expomos a seguir o discurso do sujeito coletivo bem como os temas identificados.

Quadro 14 – Categorias Internas

SEXTA QUESTÃO	CATEGORIA DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	TEMA
Que formas de acompanhamento e avaliação são adotadas com relação às ações de saúde mental no município?	DSC 1 - O acompanhamento é feito por intermédio do ambulatório realmente e da farmácia; são acompanhadas pelo ACS, as enfermeiras; o PSF; DSC 2 - Não é feito uma avaliação do resultado desse serviço, não temos ainda instituído uma avaliação permanente.	1) SEGUIMENTO

Primeiro Discurso do Sujeito Coletivo

O acompanhamento é feito através do ambulatório e da farmácia, e também pela equipe, Agente Comunitário de Saúde, a enfermeira e pelo Programa Saúde da Família.

Através dessa equipe a gente faz um levantamento, já temos no município um número de pessoas que têm esse problema psiquiátrico, já tem todos cadastrados no município, qual é a condição, se estão tomando medicação, então a forma de avaliação é somente a equipe mesmo.

O PSF também faz esse controle, mas não faz um controle estatístico, não é feito nem uma análise estatística, mas é colocado no papel todos os dados que a gente tem de saúde mental, que problemas, os que têm surgido são relatados, mas não é feito um tratamento estatístico, para saber se está melhorando, se está aumentado ou se está diminuindo, mas a gente faz o acompanhamento com o PSF.

Segundo Discurso do Sujeito Coletivo

Não temos ainda instituído uma avaliação permanente para saber se as ações implantadas estão corretas ou não, porém já sabemos empiricamente que as internações diminuíram muito, talvez pelo fato dessas famílias estarem sendo acompanhadas, e orientadas para não deixar faltar o medicamento, o retorno ao especialista. Na verdade não é feita uma avaliação do resultado desse serviço, a gente esta tocando, para ver no que vai dar, a gente tem sentido um resultado positivo.

TEMA 1 - SEGUIMENTO

Quando pensamos que a utilização do método de planejamento estratégico situacional poderia ajudar os gestores municipais a implantarem o processo de reforma psiquiátrica em seus municípios, foi justamente considerando esta dinâmica do planejamento de ir e vir conforme a situação, identificando os momentos de avançar, e também de recuar. Sendo que os recuos não são vistos como fracasso, mas como a possibilidade de ganhar forças e retomar a luta. Durante nossa atuação profissional nesta Coordenadoria Regional de Saúde tivemos a oportunidade de observar e sentir a necessidade que os municípios tem de aprender, inovar e buscar caminhos para a solução dos problemas de saúde. Desse modo acreditamos que o método do planejamento estratégico situacional pode ser adaptado à realidade local de cada um e utilizado como ferramenta para qualificar a assistência.

Avaliação é um sub-momento do momento tático-operacional, que segundo Matus (1993:486):

> [...] Avaliar a situação na conjuntura é atuar. Voltar a observar a situação e atuar novamente, ou parar. Essa é a dinâmica do momento tático-operacional. É como um motor de dois tempos ou dois sub-momentos encadeados, que se necessitam e se reforçam mutuamente. O movimento gera conseqüências e resultados que são permanentemente ponderados e avaliados antes de se fazer outro movimento. Esses dois sub-momentos são:
> A avaliação da situação na conjuntura – instância do conhecimento;
> A resolução sobre problemas e operações – conduzir a ação.

Entretanto, sabemos que a atividade de avaliação, além das dificuldades conceituais e operacionais, tem se caracterizado, historicamente no país, por sua fragmentação e marginalização. Para Fekete (1997) as avaliações, quando realizadas, prestam-se muito mais a referendar as atividades previstas nos planos e legitimar as ações da burocracia envolvida, sendo predominantemente quantitativas e raramente servem como retro-alimentação para subsidiar um planejamento.

Essa afirmação vem ao encontro dos discursos dos sujeitos da pesquisa quando apontam o número de indivíduos cadastrados, e quantos aparecem para seguimento profissional semanalmente, porém não conseguem avaliar se as ações que implantaram estão sendo impactantes, exceto no número de internações, que acreditam ter diminuído, porém não existe ainda nos municípios estatísticas que comprovem a diminuição dos internamentos.

A mudança do enfoque da atenção psiquiátrica, segundo Wetzel e Kantorski (2004), baseada na internação para serviços ambulatoriais fez com que a incidência de internações se constituísse num parâmetro importante nos trabalhos de avaliação de qualidade da assistência prestada em serviços substitutivos, porém esse dado analisado de forma isolada não tem qualquer valor preditivo de boa qualidade ou de má assistência.

Vasconcelos (1995) reconhece a necessidade urgente de avaliação sistemática dos modelos clínicos e institucionais dos projetos inovadores constituídos a partir da Reforma Psiquiátrica, destacando a importância de análises que subsidiem a expansão do setor. Considera a falta de dados que sustente a produção de parâmetros institucionais, administrativos, epidemiológicos e clínicos como um problema a ser enfrentado, embora destaque que este tipo de questão é reflexo de uma tendência nacional de ausência de tradição na área de avaliação de políticas e programas.

Na visão de Saraceno (1996), o advento da Reforma Psiquiátrica possibilitou que os conceitos de avaliação e de qualidade fossem repensados em um contexto de valorização e respeito à cidadania do portador de transtorno mental. Em saúde mental o campo da avaliação detém especificidades que o distingue da saúde em geral e, por isso, demanda a construção de metodologias condizentes ao processo de desinstitucionalização.

Para Fidelis (2003), o modelo de avaliação de serviços de saúde mental a ser construído não deve considerar somente a supressão ou redução dos sintomas, mas deve avaliar também a inserção familiar, no trabalho e na vida cotidiana desses indivíduos. O autor sugere a necessidade de observar a ocorrência de eventos sentinela, fatos considerados inadmissíveis no cotidiano dos serviços substitutivos de saúde mental, como ausência de projeto terapêutico para o usuário. Mesmo assim Saraceno (1996), não nega a importância de variáveis como número de técnicos, número de salas, carga horária, entre outros e sugere como etapas fundamentais do processo de avaliação a identificação de problemas, definição dos critérios e padrões de qualidade, construção de indicadores a partir das informações coletadas na

realidade sob avaliação, confrontando dados obtidos e critérios previamente definidos, bem como a discussão dos resultados.

No Brasil, alguns dos estudos apoiados por organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde, e a presença do tema nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, motivaram a realização de trabalhos que culminaram na validação de instrumentos de avaliação adaptados à realidade brasileira. Apontam que o interior dos serviços é considerado um espaço privilegiado para a produção de novas formas de avaliar, e a incorporação de variáveis como inserção familiar, no trabalho e na vida cotidiana, bem como a motivação de técnicos buscam responder ao desafio de criar indicadores sensíveis aos princípios da Reforma Psiquiátrica e útil ao processo decisório no lócus onde ocorre a assistência (FIDELIS, 2003).

A tendência nacional de falta de institucionalidade em relação à avaliação de políticas e programas reflete-se de forma acentuada na área de saúde mental, em função das dificuldades apontadas, no entanto, parece ser um campo aberto à inovação no que se refere ao desenvolvimento de métodos de avaliação que, para além de instrumentos meramente burocráticos, possam orientar a prática profissional diária.

Assim, o desenvolvimento de metodologias de avaliação mais participativas, que envolvam um conhecimento amplo das atividades que caracterizam o cotidiano dos serviços substitutivos, pode ser uma estratégia para distinguir as novas modalidades terapêuticas dos antigos manicômios, além de constituir um instrumento analítico privilegiado, sem o qual corre-se o risco de reproduzir ideologias e novos enclausuramentos.

Fekete (1997) acredita ser possível associar o desenvolvimento limitado da avaliação a existência de dificuldades em desenhar um modelo prático que minimize a

distância entre os conceitos e teorias e sua aplicação operacional. A perspectiva de superação dessas dificuldades deve estar presente no processo de elaboração de um sistema de indicadores, que deve ser entendido como um instrumento e não como um objetivo em si. A incorporação da prática de avaliação, bem como a construção de indicadores na área de saúde mental, cumpre os objetivos básicos de subsidiar o planejamento. O modelo de avaliação a ser construído deve orientar e facilitar a tomada de decisões, aperfeiçoando-a com o tempo e as experiências adquiridas com sua implantação.

Não se deve esperar um sistema de indicadores acabado para que se dê início ao processo de avaliação. No entanto, a utilização de dados já coletados rotineiramente e a identificação e análise daqueles passíveis de serem coletados contribui para o aperfeiçoamento do sistema já existente (FEKETE, 1997).

É importante evidenciar a necessidade da participação dos atores envolvidos no serviço no processo avaliativo, de forma que seja considerada a sua história, as suas questões, os seus consensos e dissensos, a forma como percebem o serviço, o compromisso que têm com a proposta.

Conforme Rivera (1992), para avaliar, olhar para frente não é suficiente, devemos voltar a vista para trás, constantemente, para analisar nossa própria experiência e tentar sistematizá-la com a finalidade de melhorar nossos próximos cálculos.

Segundo Wetzel e Kantorski (2004), as mudanças que ocorreram no país no campo da saúde mental não se deram de forma espontânea, mas foram e são construídas por meio do engajamento dessas pessoas (trabalhadores, usuários, familiares e demais implicados), tanto no campo da luta política e da militância, como na

prática cotidiana dos serviços, onde buscam construir modos de fazer diferente. Um processo avaliativo que não leva em consideração esses sujeitos certamente ficará fora de contexto e sem sentido, limitando muito os seus objetivos.

Encerramos assim este capítulo de análise dos dados colhidos por meio dos Discursos do Sujeito Coletivo em relação a questões relevantes sobre Reforma Psiquiátrica e Planejamento em Saúde, não queremos com este texto fazer as coisas parecer fáceis demais, porque, afinal chegar a um acordo entre os vários atores sociais sobre aonde queremos chegar com a assistência a saúde aos portadores de transtorno psíquico não é tarefa simples; tampouco nos organizarmos para poder alcançar os objetivos vislumbrados pelos pontos divergentes e convergentes em relação a temática elencada. Portanto, temos de concordar que, do ponto de vista conceitual, o planejamento não é como alguns pensam, um universo impenetrável para os não iniciados, pois planejamento é algo que se faz todos os dias, na vida cotidiana, e espera-se também essa prática na vida profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizarmos este estudo retomamos o nosso desafio inicial de investigar o planejamento das ações de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em municípios de uma determinada região do Oeste do Estado do Paraná evidenciando a relevância de demonstrar, a todos os interessados, que é possível a construção de uma rede de Serviços em Saúde Mental que defenda o cuidado aos indivíduos portadores de transtorno mental em liberdade.

Reorientar o modelo de atenção em saúde mental no Brasil atualmente é alavancar iniciativas que, há duas décadas, tentam reformar o modelo centrado na gestão das doenças mentais no interior dos manicômios, e avançar para um modelo de inclusão do cuidado à saúde mental no Sistema Único de Saúde do país, sem estigmas e discriminação.

Seguindo esta concepção de atenção à saúde mental, buscamos, primeiramente, conhecer a compreensão dos sujeitos participantes do estudo (secretários municipais de saúde), sobre o processo de Reforma Psiquiátrica vivenciado por eles; o discurso dos sujeitos apresenta um consenso com relação ao fato da proposta de reforma psiquiátrica trazer em seu bojo a reintegração social dos indivíduos portadores de transtorno psíquico e a humanização dessa assistência. Porém os gestores expressam uma preocupação em relação a como atender esses indivíduos, uma vez que não estão satisfatoriamente organizados em relação à oferta de serviços e os recursos humanos disponíveis apresentam-se pouco preparados para atender a essa nova demanda.

Buscamos a partir desse entendimento identificar a utilização pelos gestores municipais da ferramenta do planejamento, elegendo como referencial teórico para essa discussão o Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus, pois esse método de trabalho se constitui num instrumento bastante útil e pertinente para a definição de ações, ou seja, de processos de trabalho a serem introduzidos, inovados ou renovados no âmbito dos diversos serviços dos diferentes níveis do sistema de saúde.

Evidenciamos, no entanto, que há limites nesta utilização do planejamento, pois como foi relatado pelos gestores e também visualizado nos Planos Municipais de Saúde existe dificuldade na elaboração planejada de propostas na área de saúde mental. Identificamos os momentos do Planejamento Estratégico Situacional, de forma incipiente nos documentos e discursos, ficando este restrito ao momento normativo. Os gestores não conseguem explicitar claramente quais são os maiores problemas de saúde mental a serem enfrentados, não conseguindo explicar fica difícil propor ações, pois essas ficam incompletas comprometendo todos os demais momentos do Planejamento Estratégico Situacional.

Explicitadas essas dificuldades conceituais em relação aos momentos do planejamento percebemos a existência de uma abertura que esses gestores têm no sentido de buscar estratégias de trabalho que potencializem a qualidade assistencial dos serviços ofertados a população, o que certamente inclui, além da competência técnico científica, a viabilidade econômica e a decisão política. Considerando que para isto se configure a imagem-objetivo da constituição de uma rede de atenção em saúde mental substitutiva ao manicômio.

A contribuição do Planejamento Estratégico Situacional no processo de organização de uma rede de cuidados em saúde mental se respalda no fato do método incorporar elementos que falam da complexidade dos sistemas sociais, da incerteza e das condições de pouca governabilidade de quem faz o plano, ou seja, daquelas condições que o ator não controla, previamente. Fala, ainda, dos recursos necessários para o alcance de seus objetivos, mas principalmente aborda a possibilidade de se criar governabilidade, da capacidade de aglutinar atores sociais, como profissionais da saúde, representantes de segmentos da sociedade, usuários e comunidade comprometida com a consolidação da Reforma Psiquiátrica na região, em situação de compartilhamento e dispersão do poder através de um processo de negociação política.

A gestão de um planejamento implica fundamentalmente na criação de um sistema de alta responsabilidade. Assim, as pessoas envolvidas no processo de construção desse plano assumem, diante de um superior hierárquico ou diante de um coletivo, compromissos de executar, dentro de um determinado tempo, tarefas bem específicas. Nesse sistema, os responsáveis por determinadas tarefas devem prestar contas, regularmente, do andamento das ações. Esse prestar contas é analisar por que não foi possível fazer, reavaliando e adequando as ações propostas pelo grupo, como também avaliando o impacto dessas ações sobre os problemas de saúde mental que estão sendo enfrentados.

Neste sentido, o estudo evidencia que a implantação da Reforma psiquiátrica consiste em um processo complexo que requer do ponto de vista do Planejamento um Projeto de Governo, Capacidade de Governo e Governabilidade.

No entanto, a realidade encontrada mostra os limites dos municípios, o desconhecimento dos gestores municipais e a necessidade de assessorias e parcerias em diferentes níveis de gestão federal, estadual e municipal.

Estes, dentre outros fatores, contribuem para que no município a gestão não avance na adoção de um planejamento estratégico que permita responder aos desafios da proposta de reformulação da atenção em saúde mental.

Assim, acreditamos que o Planejamento Estratégico Situacional possa ser utilizado pelos gestores municipais como uma ferramenta de trabalho para a articulação política de estratégias, no sentido de criar serviços de atenção em saúde mental com a integralidade desejável e possível por meio de ações que visem dar resposta aos problemas e agravos na área de psiquiatria e saúde mental.

Por fim, acreditamos que as questões discutidas neste estudo, as quais emergem dos discursos dos gestores municipais elaborados a partir de suas vivências enquanto atores sociais do processo da Reforma Psiquiátrica em uma determinada região, permitam a outras pessoas envolvidas com esta temática desenvolverem reflexões teóricas acerca da utilização do Planejamento Estratégico Situacional.

Existem ainda poucos estudos relacionando a esta temática e à organização de uma rede de serviços em saúde mental, que visam superar os modelos de intervenções arcaicos e discriminatórios e partirem para a busca de uma verdadeira integração do que há de melhor na atenção aos indivíduos portadores de transtorno mental e seus familiares, na construção de um modo de se fazer saúde, de forma pública e para o público, nos vários níveis de atenção.

REFERÊNCIAS[22]

ACÚRCIO, A.F.; SANTOS, M. A.; FERREIRA, S. M.G. O planejamento local de serviços de saúde. In: Mendes, E.V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

AMARANTE, P. Algumas reflexões sobre a ética , cidadania e desinstitucionalização na reforma Psiquiátrica. In: **Saúde em Debate**. 45:43-46, dez. 1994.

_____. **Loucos pela Vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. **O Homem e a Serpente:** outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

_____. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

_____. A (Clinica) e a Reforma Psiquiátrica. In: In: AMARANTE, P. (org). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

ARRETCHE, M.T.S. **Descentralização, Democracia, Reforma do Estado e Bem-Estar**: Conceitos que não se Equivalem. São Paulo: FUNDAP (mimeo), 1995.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Trad. Heloísa Jahn. 2ª. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 326p.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de Instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro, 1994. p. 41-71.

BRASIL. Ministério da Saúde/Dinsam. **I Conferência Nacional de Saúde Mental** – Relatório Final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

_____.Ministério da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS.** Brasília: MS, 1993.

_____.Ministério da Saúde**. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de saúde mental.** Brasília: Cosam/MS, 1994

_____Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Cadernos de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde, 2001.

---

[22] De acordo com:
ASSOCIAÇAO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023:** informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

_____.Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da II 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, 2002a, 213p.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental**. 1990-2002/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – 3 ed. Revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____.Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS/** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2 ed., ver. e atual., 2ª reimpressão - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS. Informativo da Saúde Mental. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

_____.Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.saude.gov.br: > Acesso em: 14 de junho de 2005.

CAMPOS, F.C.B. Os desafios da gestão de redes de atenção em Saúde Mental para cuidar em liberdade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Cadernos de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde, 2001.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CASCAVEL. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto de Atendimento em Saúde Mental em Cascavel – Pr**. Prefeitura Municipal de Cascavel, 2001.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica:** a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CECILIO, L.C.O. (org) **Inventando a Mudança na Saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1994

_____. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E.E.; ONOCKO,R. **Agir em Saúde:** um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CHIAVENATO, I. **Administração.** Teoria, Processo e Prática. 3 ed. São Paulo: MAKRON BOOKS, 2000. 416p.

CIANCIARULLO, T. I. (org). **Saúde na Família e na Comunidade**. São Paulo: ROBE, 2002.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (org). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org). **Ensaios, subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DIAS, J.E.C. Programa micro-regional de saúde mental consórcio intermunicipal de saúde da micro-região de São Lourenço, MG. In: PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org). **Textos de Apoio em Saúde Mental**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

EVARISTO, P. **Gestão da psiquiatria na comunidade.** UNOPAR Ciências Biológicas da Saúde. 2000: 2: 1: 27-34.

FALLOON, I.; MAGIANO, L.; MOROSINI, P. **Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria**. Trento: Erickson, 1997.

FEKETE, M.S. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Brasil. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS**)./ Jose Paranaguá de Santana (org.). Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 1997.

FELISBINO, J.E.; NUNES, E.P. **Saúde da Família**: Planejando e Programando a Saúde nos Municípios. Tubarão: UNISUL, 2000.

FIDELIS, P. O desafio da produção de indicadores para avaliação de Serviços de Saúde Mental: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Correa, RJ. In: AMARANTE, P. (org). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU editora, 2003.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. 3ª. São Paulo: Perspectiva, 1993.

FURTADO, J.P.; CAMPOS, R. O. A transformação das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund**., VIII, 1, mar/2005, 109-122

GALERA, S. A.F.; LUIS, M. A. V. Principais Conceitos da Abordagem Sistêmica em Cuidados de Enfermagem ao Indivíduo e sua Família. **Rev. Esc. Enferm USP**, 2002; 36(2): 141-7.

GALLO, E. (org). **Razão e Planejamento**: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.

GAMBA, M. Cuidado de enfermagem: uma prática de saúde coletiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.11. Número especial, 1998. P.64-66.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 3. São Paulo: Perspectiva, 1990.

HABERMAS, J. **Consciência Moral e Agir Comunicativo.** Rio de Janeiro: Tempo Brasiliense, 1989.

HIRDES, A. **Reabilitação psicossocial**: dimensões teórico-práticas do processo. Erechin/RS: FAPES, 2001. 208p.

KANTORSKI, L.P.; SILVA, G. B. **Ensino em Enfermagem e reforma psiquiátrica**. Pelotas: Ed. Universitária / UFPel, 2001. 241p.

_____. O cuidado em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. In: VALLADARES. A.C.A. (Org). **Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental.** São Paulo: Vetor, 2004.

KODA, M.Y. A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: AMARANTE, P. (org). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

JUNQUEIRA, L.A.P. **A intersetorialidade da ação social**. Boletim de Conjuntura e Política Social. São Paulo: FUNDAP, nov./dez 94, 15:40-41.

JUNQUEIRA; INOJOSA; KAMATSU. **Descentralização e Intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil:** a experiência de Fortaleza.Texto elaborado para o XI Concurso de Ensayos Del CLAD “El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Possibilidades y Limitaciones”. Caracas, 1997.

LALUNA, M.C.M.C.; FERRAZ, C.A. Compreensão das bases teóricas do planejamento participativo no currículo integrado de um curso de enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem** 2003 nov/dez; 11(6): 771-777.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. Os novos instrumentos no contexto da pesquisa qualitativa. In: LEFÈVRE, F. et al (Orgs). **O discurso do sujeito coletivo**: Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

_____. **O discurso do sujeito coletivo:** breve proposta de apresentação. Disponível em: http: //www.fsp.usp.br > acesso em 28 de maio de 2004.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986.

MAGALHAES, M. V. **O Paraná e suas regiões nas décadas recentes:** as migrações que também migram. Belo Horizonte, 2003. Tese (Doutorado) – UFMG/CEDEPLAR, 2003.

MARTINEZ, W.R.; MACHADO, P. Enfermagem e reabilitação psicossocial: vislumbrando o exercício de cidadania do doente mental. In LABATE, R.C. (org.). **Caminhando para assistência integral**. Ribeirão Preto. Scala, 1999. p. 108-116.

MATUS, C. **Estratégia y Plan**. México: Siglo XXI, 2.ed. 1978.

_____, C**. La Planificación de Situaciones**. México: Fondo de Cultura Económica, 1980

_____,C. **Planificación en Situaciones de poder compartido**. Universidad Central de Venezuela, 1981. (Mimeo).

_____,C. **Política, Planificación y Gobierno**. Caracas, Fundación Altadir, 1987.

_____, C. **O Plano como aposta**. São Paulo: Retrospectiva, 1991.

_____,C. **Política, planejamento & governo**. Brasília: IPEA, 1993.

_____,C. **O Método PES** – Roteiro de Análise Teórica. São Paulo: FUNDAP, 1996a, p.6 (Mimeografado).

_____, C. **Adeus, senhor presidente**: governantes governados. Tradução de Luiz Felipe Rodrigues Del Riego. São Paulo: FUNDAP, 1996b.

MELMAN, J. **Família e Doença Mental:** repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora, 2001.

MENDES, E. V.(org). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1998.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L. C. O. (org). **Inventado a Mudança na Saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1994.

_____. Planejamento como tecnologia de gestão: Tendências e debates do Planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (org). **Razão e Planejamento**: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.

_____. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (org.). **Agir em Saúde** – um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MINAYO, C.M.S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 4. ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 1996.

OLIVEIRA, M.M.B.; JORGE, M.S.B. Doente mental e a sua relação com a família. In: LABATE, R. C. (org). **Caminhado para a assistência integral**. Anais do V Encontro de pesquisadores em saúde mental e IV Encontro de especialistas em enfermagem psiquiátrica. Ribeirão Preto: Scala, 1998.

OLIVEIRA, F. B. de. **Construindo Saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: UFPB/Ed. Universitária, 2002. 227p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE 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. Caracas, OMS/OPAS, 1990.

PAIM, J. S. Por um planejamento das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol 4, nº 2, 1999, p. 243-248.

PALHA, P.F. **Vivências do Cotidiano:** A Promoção da Saúde como um exercício de cidadania no Programa de Integração Comunitária da Vila Tibério. Ribeirão Preto: 2001. 264f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

PARANA. Secretaria Estadual de Saúde. **Cadernos de Saúde pública do estado do Paraná**. Plano Diretor de Regionalização. Curitiba: SESA, 2001.

PARANA. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Diretor de Regionalização. Curitiba. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/PDR/index.htm>. Acesso em 07 jul.2003.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Política Estadual de Saúde Mental**. Curitiba. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br >. Acesso em 14 jan. 2005a.

_____. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES. Curitiba. Disponível em: http://www.ipardes.gov.br: >. Acesso em 25 maio. 2005b.

PEREIRA, M.A.O.; BELLIZZOTI, R. B. A consideração dos encargos familiares na busca da reabilitação psicossocial. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) 2004 dez;25(3):306-13.

PEREIRA, M.A.O. Representação da doença mental pela família do paciente. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu (SP) 2003 jan; 7(12): 71-82.

PEREIRA, M.; LABATE, R.; FARIAS, F. Refletindo a evolução histórica da enfermagem psiquiátrica. **Acta paulista Enfermagem**. vol. 11, nº 3, set./dez, 1998. P. 52-59.

PEREIRA, M.A.O.; PEREIRA JR, A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Rev. Esc Enferm USP**. 2003; 37(4): 92-100.

PIERUCCINI, M.M.; TSCHÁ, O.da C.P.; IWAKE, S. Evolução e caracterização dos indicadores de saúde. In: PERIS, A. F. (Org). **Estratégias de desenvolvimento regional**: Região Oeste do Paraná. Cascavel: Edunioeste, 2003. p.377-429.

PITTA, A. M.F. (org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**.. São Paulo. HUCITEC, 1996. Col. Saúde Loucura. vol. 10, 158p.

PITTA, A. Tecendo uma teia de cuidados em saúde mental. **In:** VENANCIO, A.T.A.; CAVALCANTI, M.T. (org). **Saúde Mental** – campo, saberes e discursos. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001.

PRAZERES, P.M. **Dicionário de termos de qualidade.** São Paulo: Atlas, 1996.

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 – 4, 2002. Disponível em http://www.fen.ufg.br

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol 4, nº 2, 1999, p. 355-365

_____(org). **Planejamento e Programação em Saúde**: um enfoque estratégico. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

RODRIGUES, R.; CASAGRANDE, L. Atividade Educativa: atuação da enfermeira com idosas que tiveram queda e seus cuidadores no domicílio. **Acta Paulista Enfermagem**. vol. 9, nº 1 jan./abr. 1996, p.80-91.

ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F. et. al. **Desinstitucionalização.** São Paulo: HUCITEC, 1990.

SA, C. M. **Planejamento Estratégico em Saúde:** Problemas conceituais e metodológicos. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde pública/ FIOCRUZ, 1993.

SARACENO, B. A reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org). **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996. p.13-18.

_____. **Libertando identidades.** Belo Horizonte: Te Cora, 1999.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

_____. **Pensamento Estratégico e a lógica de programação:** o caso da saúde. Tradução Ângela Maria Tijuca. São Paulo - Rio de janeiro: HUCITEC, 1995.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.

VASCONCELOS, E. **Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalizaçao psiquiátrica**: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 44 (4): 189-197, 1995.

VENÂNCIO, A.T.A.; CAVALCANTI, M.T. (org). **Saúde Mental** – campo, saberes e discursos. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em Saúde Mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto Contexto Enferm.** 2004, Out-Dez; 13(4):593-8.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M.; (Tradução de Silvia M. Spada). **Enfermeiras e Famílias:** um guia para avaliação na família;. 3 ed. São Paulo: Roca, 2002.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da Pesquisa: Planejamento em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica

Pesquisador Responsável: Nelsi Salete Tonini

Esta é uma pesquisa de campo, junto a 9 secretários municipais de saúde da região oeste do Paraná, que tem como objetivo geral: Investigar a compreensão dos gestores acerca do processo de reforma psiquiátrica e da utilização do planejamento na implantação de uma rede de serviços de saúde mental em seu município. Pretendemos, por meio da viabilização da presente pesquisa, instrumentalizar os municípios para o planejamento estratégico na gestão do Sistema Único de Saúde, no desenvolvimento de programas de saúde mental, respaldado nas Diretrizes Nacionais de Políticas de Saúde Mental. A coleta de dados para esta pesquisa será realizada por meio de entrevistas com perguntas abertas, gravadas pelo pesquisador após o entrevistado estar ciente deste documento. Sua participação será muito importante para que possamos realizar esta pesquisa.

_____

Assinatura do pesquisador

Tendo recebidas informações anteriores e esclarecido dos meus direitos relacionados a seguir, declaro estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa.

1) A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;

2) A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;

3) A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade.

Em seguida assino meu consentimento.

Cascavel, 2 de fevereiro de 2004.

_____

Nome completo

_____

Assinatura

APÊNDICE 2

Instrumento para Coleta de Dados

a) Qual seu entendimento sobre a Reforma Psiquiátrica?

b) Explique como são identificados os problemas de saúde mental em seu município e quais os principais problemas na área de psiquiatria e saúde mental que seu município enfrenta?

c) Diante desses problemas identificados que ações seu município vem desenvolvendo nesta área?

d) Como chegaram a essas ações, e quem participou dessas decisões/ações propostas pela sua secretaria?

e) Como implantou as ações e que dificuldades seu município vem enfrentando para desenvolvê-las?

f) Que meio utiliza para avaliar as ações de saúde mental no município?

APÊNDICE 3

Instrumento de Análise de Discurso (IAD) - 2
Questão Analisada: Qual seu entendimento sobre a Reforma Psiquiátrica?

EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS
S1 - Eu vejo a proposta da reforma Psiquiátrica muito boa, pois vem com o propósito de **um atendimento mais humanizado, de resgatar a cidadania de pessoas que a muito tempo foram excluídas da sociedade, ou seja uma reintegração dessas pessoas no meio familiar e social**.	(1) atendimento mais humanizado, uma reintegração dessas pessoas no meio familiar e social.
S1 - Agora o que precisamos para realmente efetuar essas reforma é uma **ajuda do Governo, pois os municípios sozinhos não têm condições de implantar a reforma psiquiátrica como ela vem sendo pregada**. Agora que isso é uma coisa boa, não tenho dúvida.	(2) Ajuda do Governo (suporte).
S2 - Sim, em relação à Reforma Psiquiátrica, eu entendo que há uma reforma de **um atendimento mais humanizado, paciente família, num contato maior e tentando se reintegrar, como uma pessoa normal da sociedade**, que ainda hoje são bem, bem excluídos, sobre paciente psiquiátrico então, eu vejo essa reforma como **uma humanização no atendimento psiquiátrico**.	(I) Atendimento mais humanizado,
S3 - Eu entendo que com essa reforma o Ministério ou a própria comissão de saúde mental, eles querem acabar com esse mito que se criou sobre o paciente psiquiátrico né, que na verdade o paciente psiquiátrico ele era tido como um paciente anti-social. Pela reforma psiquiátrica **eles querem reintegrar esse paciente à sociedade, fazendo com que ele possa ser uma pessoa vista como qualquer outro cidadão**, lógico que com o problema, mas **tratado da melhor maneira possível e *que ele possa ser integralizado à sociedade*** sendo um cidadão comum, podendo freqüentar qualquer lugar sem descriminação, eu acho que a reforma psiquiátrica é muito válida e tem que ser feita o mais breve possível.	(1) ...reintegrar esse paciente a sociedade;
S4 - Eu achei **bem interessante essa questão da Reforma Psiquiátrica de não ter mais os Hospitais fechados no qual o paciente ia sem saber pra onde estava indo,** eu particularmente gostei (..._)	(1) Não ter mais hospitais fechados;

S4 –(...) porque **a gente tem bastante restrições perante os familiares do doente, que na verdade eles queriam que o paciente ficasse lá e eles não tivessem compromisso nenhum, a gente enfrenta uma certa barreira com os familiares**. Nós aqui, pelo Município ser pequeno eles querem internar o paciente aqui no município, **eles querem se ver livre por mais que eles ganhem ajuda, porque o doente mental eles ganham, a Prefeitura ajuda em tudo, mas eles não querem**, eles preferem não ter a qualquer preço, **eles não querem o doente em casa. É bem difícil**. Outro detalhe, da maneira como foi proposta essa reforma seria bem interessante. O paciente lá no Hospital ou em casa o que vai acontecer, é só o medicamento, desde que ele tenha um acompanhamento dos familiares que vão ver alguma mudança, aí procurar o serviço.	(2) a gente tem bastante restrições perante a família; Eles não querem o doente em casa, é bem difícil.
S5 - A proposta é boa, né, tentar **colocar o paciente psiquiátrico na comunidade. Tem que haver, geralmente vai ter que haver um entendimento na questão intermunicipal e estadual, pra dar um acompanhamento mais direto, à pessoa que tem algum problema psiquiátrico**, tem que ter um acompanhamento meio direto, exclusivo, específico pra isso, se não vai dar mais problema.	(1) Reintegrar
S6 - Eles querem fechar os hospitais psiquiátricos? Na minha opinião, **pra nós Municípios pequenos que temos um hospital de pequeno porte, não esta sendo assim muito legal, até a gente recebeu um documento verificando qual o interesse do Município em colocar psiquiatra no nosso hospital e aí vem o problema da adequação, você vai ter que gastar em cima, contratar profissional, então eu acho que é pouco viável pro nosso município.** O nosso hospital tem 24 leitos, atende clínica geral, e pediatria, psiquiatria a gente não atende nada, não tem como, porque daí a gente teria que adequar o hospital, até já conversei com o prefeito e de primeira mão ele falou vamos ver né, mas quando eu falei que teria que adequar o hospital e tudo daí ele já não, pela portaria.	(1) Fechar os hospitais psiquiátricos;
S6 - Mas pensando que a proposta é de integrar os doentes mentais na família, é boa, mas precisamos de apoio, os municípios não dão conta de tudo.	(2) Integrar
S7 - Eu acredito que essa proposta é boa, porque **eles querem que as pessoas que têm doença mental sejam tratadas em casa, integrar elas novamente na sociedade,** mas penso também que é complicado para os municípios pequenos iguais ao nosso, pois não temos muitos recursos, e quando precisamos temos que encaminhar.	(1) Integrar;

S7 - Precisaria antes de fechar os hospitais psiquiátricos uma referencia para os municípios menores poder encaminhar os pacientes quando precisar.	(2) Precisaria antes de fechar os hospitais psiquiátricos uma referencia para os municípios menores poder encaminhar os pacientes quando precisar. Precisamos de uma ajuda do governo.
S8 – Da reforma psiquiatra eu acho que não deveria ter fechado tão rápido, sem montar alguma coisa, sem referencia pra nós, então fechou a gente tá sem referência, eu acho que teria que ir tirando aos poucos, tira,do de um local e passando pra outro, agora saiu de um local, saiu no nada e não tem pra onde mandar o paciente e não preparou, não houve nem um preparo. **Eu vejo uma coisa boa desde que tenha um suporte, tem suporte e outra coisa também aonde que manda um paciente com crise, os hospitais nossos não estão preparados pra atender paciente com crise psiquiátrica. Nem o pessoal da enfermagem, nem os médicos, os médicos não sabem tratar**, então tem essa dificuldade, eu acho que teria que ter isso daí, com certeza ia funcionar, é bom desde que tenha uma estrutura montada.	(1) Não deveria fechar tão rápido; vejo como uma coisa boa desde que tenhamos suporte; Onde encaminhar o paciente em crise.
S9 - Meu entendimento sobre a Reforma Psiquiátrica é restrito, mais o que eu tenho a dizer é que eu tenho visto e ouvido falar bastante sobre c Reforma Psiquiátrica é da recuperação do pessoal que tem deficiência mental, a gente escuta falar muito a respeito **da recuperação em casa, da integração do paciente na sociedade, mais no nosso Município, falando francamente não se tem feito nada a respeito dessa integração dele na sociedade** e o que a gente faz mesmo é quando necessita de algum tratamento a gente até encaminha o medico, o enfermeiro, até no caso quando é pertencente ao PSF e também encaminha o paciente pro hospital, mais a respeito dessa nova proposta a gente não tá sabendo de nada. Eu vejo como uma coisa excelente, só que eu também acho que tem os dois lados da moeda, eu acredito que em certas ocasiões o internamento também pode ser viável, principalmente para o início de do tratamento.	(s) integração do paciente na sociedade;

Instrumento de Análise de Discurso (IAD) – 2

Questão Analisada: Explique como são identificados os problemas de saúde mental em seu município e quais os principais problemas na área de psiquiatria e saúde mental que seu município enfrenta hoje

EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS
S1- Realizamos um levantamento junto ao Hospital Psiquiátrico de Cascavel, o qual fechou, para saber quem eram os pacientes de Cascavel, partimos de uma relação fornecida por este hospital e identificamos onde estavam esses pacientes e começamos a monitorar, e além destas informações fornecidas pelo hospital, **identificamos casos de psiquiatria por meio das Unidades Básicas de Saúde, Programa Saúde da Família, ou seja, por meio dos serviços municipais.**	(1) por meio das Unidades Básicas de Saúde, Programa Saúde da Família, ou seja, por meios dos serviços municipais.
S1- Quanto aos problemas enfrentados hoje é a **falta de referência para internamento, pois o único hospital do município fechou (...)**	(2) falta de referência para internamento, o único hospital do município fechou;
S1- (...) a família que não esta preparada para atender seu paciente em casa é uma dificuldade.	(3) a família que não está preparada para atender seu paciente em casa é uma dificuldade.
S2 – **Os problemas são identificados através da consulta médica,** através da **procura direta** pelos familiares e pelos pacientes.	(1) Os problemas são identificados através da consulta medica, procura direta pelos familiares;
S2 – E na área de psiquiatria **os principais problemas é a família, quando os pacientes entram em crise a família vem e nos procura,** e nós estamos meio fechados, ***só com o atendimento clínico*** aqui(...)	(2) Os principais problemas é a família;
S2 – (...) nós fazemos um encaminhamento ao especialista e **nosso maior problema é na questão de quando precisa realmente de internamento,é encaminhado no CRE,** o psiquiatra é no CRE e **de lá o psiquiatra quando vê a necessidade de um internamento** que nós só estamos indo atrás **através do encaminhamento do especialista, a procura pelo leito** seria pro CRE fazer, só que é muito demorado, se fosse ficar só na dependência da central de leitos, um internamento que teria que ser rápido demora demais da conta. Tem que procurar por outros recursos, para outros hospitais.	(3) internamento quando necessário.
S3 - A maioria dos casos **é identificada pelo próprio PSF, então como a gente tem as equipes do PSF que fazem esse acompanhamento de 100% da** população do município, **através dessa visita e dessa consulta domiciliar a gente diagnostifica e a gente acha, localiza muitos casos que não usam, que não procuraram o serviço**, então **é o caso que estava escondido e a pessoa não se manifesta,** através do agente de saúde e de reuniões que a gente tem feito nas comunidades com a equipe da saúde da	(1) Identificados pelo PSF;

família então a gente tem localizado e tem percebido assim que tem muitos casos que a pessoa tem o problema mais ele não quer demonstrar, então muitas vezes fica escondido, mais a gente conseguiu trazer esse paciente pro centro de saúde.	
S3 - O que a gente tem bastante no nosso município são **casos de depressão**, teve alguns casos também, eu não sei se esse é o nome correto, mais **depressão pós-parto** teve alguns casos, e a gente **tem vários pacientes com transtornos mentais mesmo, pacientes assim que surtam facilmente, ficam agitados, agressivos, são vários casos, nos temos um problema grave também no nosso município que é a questão do alcoolismo**, então a **dependência química** por parte do álcool é grande, nós temos vários casos e alguns casos também de drogas, alguns usuários de drogas, então é no geral, tem vários problemas.	(2) problemas – depressão, depressão pós-parto, pacientes agressivos, agitados temos vários casos, um problema grave que enfrentamos é o alcoolismo, a dependência química.
S4 - ***São identificados através do PSF***, hoje em dia ***através do PSF***, o agente comunitário visita a família, percebe algum problema, vem passa pra gente, traz o paciente, ***faz uma consulta, e o médico acaba encaminhando ele pro especialista, psiquiatra, então a busca é na casa*. Nós temos três PSF, cobre 100%** da população, um na cidade e dois no interior. Essa medida atende toda a necessidade, porque antes de ter PSF, que antes não tinha, o setor da cidade não, que eles buscam, mas **no interior eles não buscam, ainda mais quando se trata de paciente psiquiátrico, pra eles é louco, eles não vêem, eles acabam tendo vergonha, a família isola ele, trancam no quarto**, tem isso ainda, aqui ainda tem isso sabe, hoje em dia a gente não encontra nem um caso, mas ***a gente chegou a ir numa casa aonde tinha uma paciente trancada no quarto*,** aonde eles nem sequer deixavam a gente chegar, então a gente nem sabia que tinha, tem que pedir ajuda, porque a paciente era de menor, pro Conselho, pra ir interferir pra gente poder entrar e pegar a paciente.	(1) Identificados pelo PSF;
S4 - Quanto aos **problemas**, os agentes não têm colocado pra nós, porque ***os pacientes acabam indo para o psiquiatra e a gente não tem uma contrapartida do psiquiatra, eles só voltam com o medicamento que tem que tomar***, acaba sendo um problema**, porque o medico encaminha, vai no psiquiatra, por exemplo, você volta lá, você é esquizofrênica, mais a gente não sabe que você é esquizofrênica,** a gente não sabe, ele só volta com a receita e daí ele volta pra mim novamente pra poder dar o remédio.	(2) o paciente acaba indo para o psiquiatra e a gente não tem uma contrapartida do psiquiatra, eles só voltam com o medicamento que tem que tomar, não sabemos o diagnóstico, isso acaba sendo um problema.
S5 - Hoje no caso os ***problemas são identificados pela própria população no caso na casa, no cotidiano e a gente também faz a busca ativa***, porque a gente tem um acompanhamento específico do dia-a-dia do paciente a gente tem uma equipe de saúde que faz essa busca ativa, a equipe da unidade, auxiliar, a própria enfermeira padrão.	(1) Identificados pela própria população, na casa, no cotidiano e por meio da busca ativa.
S5 - **Os problemas** de psiquiatria é na ***questão do internamento*, porque na população que o internamento era mais** importante (...)	(2) Problemas na questão do internamento;

S5 - (...) mas não é, a gente entende que o acompanhamento **é essencial hoje, o *acompanhamento até da própria família, a gente tem que ta acompanhando***. Existe uma grande *dificuldade,* ***a gente tem que trabalhar primeiro a família, trabalhar, ingressar esse paciente de volta na família.*** As dificuldades são o internamento e o trabalho com a família.	(3) família do paciente psiquiátrico, pois temos que trabalhar primeiro a família para depois o individuo com transtorno mental.
S6- Tem algumas pessoas que procuram o serviço, ***procura direto o Posto de Saúde*****, passam pelo médico, o médico que vai avaliar e se é caso de psiquiatria ele mesmo, a gente já encaminha pra Cascavel** ou pra consulta com os psiquiatras no CRE ou se é um caso mais grave a gente já tenta até internar o paciente.	(1) Identificados por meio da procura direta ao posto de saúde.
S6- O problema mental é o principal, nós temos três casos assim, bem terríveis sabe, dois são bem agressivos, assim eles estão constantemente sendo medicados, até inclusive eles pegam o medicamento de vez em quando eles surtam, e daí o medicamento não faz mais efeito e a gente tem que correr atrás **do *internamento.*** ***Agora está meio complicado, com o fechamento do Hospital em Cascavel***, mais graças ao São Marcos, o Hospital Philadelphia em Marechal Candido Rondon, a gente ta encaminhando pra lá sem problema nenhum.	(2) Dificuldade em relação ao internamento
S7- Bem, procuramos **identificar por meio das equipes do PSF, e do próprio atendimento nas consultas médicas.**	(1) identificar por meio das equipes do PSF, e do próprio atendimento nas consultas médicas;
S7- Quanto aos problemas temos problemas com a família, pois não entende que de agora em diante ela tem que assumir seu parente doente, ela só quer internar (...)	(2) Quanto aos problemas temos problemas **com a família**, pois não entende que de agora em diante ela tem que assumir seu parente doente, ela só quer internar;
S7-(...) ai temos **problemas com a referencia, onde encaminhar para internar,** acho que os maiores problemas hoje **são a família** e o encaminhamento para **internamento** ou consulta especializada nesta área.	(3) problemas com a referência, onde encaminhar para interna
S8- ***A gente tá com problema com aquele paciente que estava hospitalizado, que está no internamento, então a gente não tem aonde mandar ele***, tem alguns que a gente conseguiu controlar ele (...)	(1) Problemas com: Internamento;
S8- (...) agora tem uns que ta ainda sem rumo, ***porque a família não sabe lidar*** com ele, ficou muito tempo longe da família. Daí ele passava 4 meses a família não agüenta ele em casa e mais 4 internado, **a família não agüenta ele em casa**, então tem essa dificuldade aí, ***agora os outros a gente ta conseguindo controlar com psicóloga, com a farmácia que o farmacêutico controla o medicamento o medico que cuida da família, a equipe, só que ainda falta um preparo para a família.***	(2) família que não sabe lidar com seu doente.

S8- Esses pacientes a gente já conhece, a **gente já sabe quem e o paciente psiquiátrico, *então cada PSF sabe que o seu paciente tem problema, então o fulano é do PSF tal***, sabe o problema lá no PSF, ***é o psiquiatra lá daquela área, então já ta cadastrado, já é identificado pelo próprio PSF,*** só que não tem o que fazer com ele ainda, mas a gente tenta.	(3) Identificado por meio do PSF;
S9- A identificação dos problemas psiquiátricos ocorre a partir do momento que tem uma suspeita, ***que aqui nós temos o PSF, tem as agentes de saúde que são treinadas para identificar esse tipo de problema***, tem os enfermeiros do PSF, tem os médicos também e assim que a gente detectar **(...)** ***então a identificação é feita por meio do PSF, na unidade, das psicólogas que atendem nas escolas, as vezes os professores que percebem uma certa dificuldade de aprendizado*** encaminha não só para a área da psiquiátrica mais na área geral e alguns casos são identificados através desse sistema.	(1) – Identificados por meio do PSF, da unidade de saúde, das psicólogas que atendem na escola e também das professoras quando percebem alguma dificuldade de aprendizado encaminham para a unidade de Saúde.
S9- **(...)** algum caso a gente tenta encaminhar para tratamento especializado, **só que o Tratamento Especializado hoje na nossa região ele é necessidade.** Tem profissional **mais não é fácil pra marcar consulta, ou seja, a demanda é maior que a oferta**	(2) Problemas com atendimento especializado não atende a demanda, pois a oferta é maior!

Instrumento de Análise de Discurso (IAD) - 2

Questão Analisada: Diante desses problemas identificados que ações seu município vem desenvolvendo nesta área?

EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS
S1 - Cascavel já tinha um Plano Municipal de Saúde mental aprovado pelo Conselho municipal de saúde desde 2001, porém estava com dificuldades para implantar, onde estava previsto varias ações, com o fechamento do hospital tivemos que acelerar o processo, ou seja, implantar o plano conforme a necessidade não seguindo o cronograma estabelecido, o primeiro passo então **foi identificar esses pacientes, ou seja, tentar fazer um diagnostico da situação de saúde mental em nosso município (...)** por meio de (...)	(1) identificar esses pacientes, ou seja, tentar fazer um diagnostico da situação de saúde mental em nosso município.
S1 – (...) a partir daí implantamos algumas ações, como: visita domiciliar pelas equipes das unidades básicas periodicamente, com o objetivo de evitar reinternaçao e trabalhar a família...	(2) Visita domiciliar
S1 – (...) *ações de prevenção...*	(3) Ações de prevenção
S1 – (...)iniciamos a implantação de uma rede de serviços em saúde mental: o CASM = Centro de atenção em saúde mental (um ambulatório), para atender primeiramente os pacientes e familiares egressos do hospital psiquiátrico, criamos um setor de coordenação municipal de saúde mental com intuito de articular as ações, Implementamos o CAPSi, com mais funcionários, e temos outras ações previstas que ainda não demos conta como: as residências terapêuticas, os leitos em hospitais gerais, iniciamos a capacitação dos profissionais da rede básica, uma sensibilização em relação as questões da saúde mental.	(4) rede de serviços em saúde mental.
S2 - Nós nos reunimos com o pessoal do PSF, **nós temos tentado cadastrar, procurar identificar, agora nós estamos com a ficha do cadastro desses pacientes psiquiátricos,** com o nome do medicamento, nossa auxiliar esta desenvolvendo um programa no computador, onde a gente vai ter o nome de cada um, aquilo que toma com que médico está fazendo tratamento, **pra que a gente possa acompanhar um pouquinho melhor, como endereço, conferir telefone e o diagnóstico de cada um, nós estamos com vários pacientes psiquiátricos, inclusive crianças.** Pra 25 que a gente tem aqui, pra mil é bastante (...).	(1) Acompanhamento/ Cadastrar;
S2 – (...) ***Nós estamos acompanhando mais assim na marcação, no acompanhamento até o local, com a família*** e cobra medicação e essa medicação é outra dificuldade que a gente tem. Porque ***existem alguns programas que oferecem medicamentos que é o caso da esquizofrenia refrataria*** que tem os pacientes com distribuidor aqui, que estão passando bastante, pra esquizofrenia refrataria tem o medicamento, pra outros diagnósticos não, e eles estão passando bastante isso pra criança, esse tipo de medicamento,	(2) Fornecer Medicamentos

e as famílias na maioria, não tem condições de comprar e ao que entra a nossa colaboração como medicamento.	
S2 – (...) Visita domiciliar, visita de enfermagem, visita do agente comunitário, que ele ta sempre mais ligado e trazendo os problemas pra onde ta.	(3) Visita Domiciliar
S3 - *A gente tenta fazer esse acompanhamento com o psiquiatra, com a psicóloga* e (...)	(1) Acompanhamento
S3 - (...) estamos **fazendo palestras com relação ao uso de drogas, prevenção, como se tratar um paciente mental, de como lidar com ele, a palestra é pra família e pra comunidade** aonde tem o paciente à comunidade que se tem um paciente com transtorno mental, então a gente procura fazer um trabalho com essa comunidade que muitas vezes o maior problema do doente mental é que ele não tem apoio, então de repente ele dá uma surtada e a comunidade acha que é louco e tem que prender, muitas vezes a pessoa não sabe como lidar com ele, e às vezes uma conversa, saber tratar ele, ele se acalma. **A gente tenta orientar toda a comunidade onde tem o problema. No começo teve bastante resistência quanto à receptividade, mas o pessoal já ta entendendo melhor, já ta tentando se conscientizar e orientando que tem um paciente na localidade dele, então às vezes eles estão ajudando a tratar do paciente.**	(2) Palestras/ Prevenção
S4 - *Só visita e o encaminhamento, nós não temos nem um projeto, é a visita domiciliar (...).*,Então a gente vai na casa do paciente, **porque a gente sabe que não tem quem vai dar o medicamento, então o próprio agente comunitário vai lá, dá a medicação na hora certa**, mostra qual a importância. Até tem uma paciente que toma medicamento injetável a cada 30 dias, então quando chega nos dias, o agente vem aqui pega a enfermeira vai lá faz o medicamento e resolve o problema.	(1) Visita domiciliar/
S4 – (...) o acompanhamento com a família, eles vêem, consultam, eles encaminham pra fora e aí de uma certa forma não que não seja mais um problema nosso	(2) Acompanhamento
S4 – (...) mais aí o nosso problema com ele é o medicamento, a gente fornece o medicamento, então até agora a gente não tem nem um paciente surtando, está bem controlado.	(3) Medicamento
S5 - *A gente tem que identificar ele*, tratar o paciente e conviver no dia-a-dia, **fazer uma visita semanalmente ou até diariamente se possível, mais como a rotina é complicada a gente faz semanalmente e assim que tiver problema a gente traz pra dentro do Posto de Saúde**. Basicamente é o monitoramento por meio de ***visita domiciliar,*** e a busca ativa (...)	(1) Visita domiciliar/ busca ativa.
S5 - (...) **e até inclusive o medicamento,** que a gente vai acompanhar com as ACS, nós temos cinco ACS que acompanham.	(2) Medicamento

S6 - No momento não está fazendo muita coisa não, nós temos **os agentes comunitários que a gente manda em casa, pra fazer visita,** pra ver o comportamento das pessoas, por exemplo, **às vezes chega alguém aqui e fala "Lá na casa do Fulano de Tal tem uma pessoa assim assado", a gente manda ela lá pra averiguar o que realmente está acontecendo, se ta traz o problema pra nós**, a gente procura encaminhar e resolver o problema, aí eles passam pelo nosso Dr. Ele avalia e vê o que faz.	(1) Visita domiciliar
S7 - ***Primeiro nós identificamos todas as famílias que têm um doente mental e cadastramos, aí estamos acompanhando*** através das (...)	(1)Cadastro/ acompanhamento;
S7 - (...) **visitas domiciliares pelos agentes comunitários, pelas enfermeiras enfim a equipe toda do PSF acompanha, para cuidar se ele esta tomando o remédio, se ele esta se comportando de modo adequado (...)**	(2) Visita domiciliar;
S7 - (...).***temos tentado fazer um trabalho de prevenção, mas esta difícil, pois falta gente preparada para isso,*** então não temos muitas ações, basicamente é o acompanhamento por meio da visita domiciliar (...)	(3) Prevenção;
S7 - (...) **fornecemos o medicamento** e fazemos algumas palestras na comunidade para falar desta nova forma de atender este paciente.	(4) Fornecemos o medicamento.
S8 - ***A gente tá fazendo um controle mais rigoroso do medicamento dele, mais de perto, monitorando ele com o medicamento, tem pacientes que a gente ta administrando o remédio***, pra ele tomar o remédio, através da psicóloga.	(1) Medicamento;
S8 – (...) e **tentando incluir ele em algum programa, tipo esse vida ativa a gente incluiu alguns pacientes tipo aqueles que não incomodam tanto e fez a família levar ele lá pra fazer uma atividade, ocupar ele um pouco. O programa vida ativa a gente desenvolve atividade física, exercício físico, a parte psíquica, à parte de alto estima, emocional, é gente como os outros pacientes, só que a gente inclui alguns desses lá, tem bastante pacientes da psiquiatria que estão indo lá, porque não tem outro programa,** não tem outro local pra levar eles, a gente tentou incluiu nos programas da APCE, a APCE disse que esses pacientes não podem ser misturados com os pacientes deles, então a gente tá meio assim, os que não são violentos a gente tem encaminhado no programa vida ativa, eles tem respondido bem, só que eles tem que ir com o acompanhante tem que ir com a família, com alguém, porque a gente não sabe qual é a reação dele lá.	(2) Prevenção.
S9 - Aqui no nosso município nós não estamos fazendo nada**, o que nós estamos fazendo na realidade, é na prevenção, estamos trabalhando na prevenção, os nossos agentes, enfermeiros fazem palestras nas áreas do PSF, no sentido de prevenir** que a gente de (não compreendido) problemas sociais e também de repente o fato de ser detectado antes, até no caso da mãe fazer um bom pré-natal, **então a gente trabalha mais na prevenção.**	(1) Prevenção

Instrumento de Análise de Discurso (IAD) – 2

Questão Analisada: Como chegaram a essas ações e quem participou dessas decisões/ações propostas pela sua secretaria?

EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS
S1 - Bem como já falei anteriormente, Cascavel já tinha um plano de saúde mental, porem não vinha colocando em pratica, mas ele **foi discutido com o Conselho Municipal de Saúde,**. A partir do fechamento do hospital as ações a serem implantadas foram discutidas com a equipe (...).***com a secretaria de ação social, com o juizado de menores, com o promotor público, enfim procuramos envolver vários setores, a própria secretaria estadual de saúde.***	(1) foi discutido com o Conselho Municipal de Saúde, com a secretaria de ação social, com o juizado de menores, com o promotor publico, enfim procuramos envolver vários setores, a própria secretaria estadual de saúde.
S1 – (...)com os profissionais da rede básica.	(2) com os profissionais da rede básica.
S2 - A equipe do PSF, a equipe completa, que o programa saúde mental entrou num sistema das nossas reuniões semanais e a equipe da epidemiologia aqui da unidade básica, junto com os auxiliares e as enfermeiras, a equipe toda....	(1) A equipe do PSF, a equipe completa.
S3 - Tivemos muitas idéias da primeira médica psiquiátrica que veio trabalhar aqui a Dra, ***ela que deu bastante idéia pra gente de como fazer esse trabalho (...) (...).só que o grupo mais envolvido é a equipe do PSF, a equipe que mais se envolve é a do PSF*** e com assistência da psicóloga e do psiquiatra. Temos 5 equipes de PSF que cobre 100% da população.	(1) equipe do PSF;
S3 - ***(...).***mas **teve um envolvimento de vários setores como, do conselho municipal de saúde, de algumas entidades, como Rotary, Associação de moradores, pastoral da família**, *os agentes comunitários de saúde*, **enfim foram envolvidos todas as instituições, questão de secretaria de educação, assistência social (...).**	(2) vários setores (Intersetorialidade).
S4 - ***A equipe que definiu, quando a gente precisa da assistente social a gente vai atrás dela, mais na decisão de ir é a equipe do PSF , é a enfermeira, é o médico, é o auxiliar, é o agente comunitário, é nós mesmos que decidimos e vamos.***	(1) A equipe que definiu, a equipe do PSF.

S5 - A partir do momento que a gente não conseguiu internar o paciente que o paciente voltou pra nossa unidade e a gente teve que se virar, e teve que acompanhar ***então a gente começou a descobrir com a própria equipe que o acompanhamento seria essencial*** e acabamos acompanhando o paciente e o paciente ta até hoje sem ser internado, então tivemos um ótimo resultado.	(1) com a própria equipe.
S6 - ***É porque não tem como, a gente conversa com as ACS, as enfermeiras, as ACS não só pra esse tipo de problema,*** a gente as encaminha, através de qualquer problema na cidade, então a gente acha que dessa forma, a gente pode até, porque às vezes muitas pessoas não vem procurar o serviço, tem vergonha ou às vezes a pessoa mesmo ta com problema não quer vim, então a gente acha que com essa maneira a gente pode buscar o problema e tentar resolver.	(1) com as ACS, as enfermeiras, as AC.
S7 - ***Como já falei antes, a gente reuniu a equipe toda do PSF, da unidade e expomos o problema, a dificuldade de internar a partir do fechamento do hospital, então se decidiu identificar esses pacientes para ver quantos eram, foi com a equipe,*** (...)	(1) Com a equipe toda – PSF, unidade;
S7 - (...) depois reunimos o **conselho municipal de saúde e algumas entidades para colocar a situação, até porque existe muita cobrança da sociedade em relação ao que fazer com esses pacientes,** e decidimos então tentar acompanhar esses pacientes mais de perto.	(2) conselho municipal de saúde e algumas entidades.
S8 - Fechou o único hospital que dava respaldo, daí ***a gente reuniu todas as enfermeiras do PSF pra ver o que a gente ia fazer*** com a equipe, o médico tentou fazer a parte dele, a enfermeira que vamos fazer, vamos ter que dar um rumo pra esses pacientes, paciente que não toma remédio, não tem onde internar ele, então tem que fazer com que a ACS indo na casa, fazer a visita, um controle bem rigoroso em cima dele, a farmácia, vendo quantos comprimidos ele pegou, se tá tomando ou não tá tomando, chamando a família pra conversar, explicando porque a gente tem que fazer isso, que não tem mais onde internar, tem que assumir o paciente, só que existe um despreparo da família.	(1) as enfermeiras do PSF.
S9 - A forma pela qual a gente adotou foi empírica, casual, não tem vaga no hospital vamos ter que se virar por aqui e daí a gente tenta marcar consulta com o especialista, ouvi o que o especialista tem pra falar, geralmente buscar onde está, existe também um baixo nível de um nível social, cultural dos familiares, das pessoas que cuidam quando a gente marca consulta com especialista, vai um agente de saúde, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem pra poder caso ministrar o medicamento, ou certos cuidados que o especialista passa quando a gente percebe que a família tem uma certa dificuldade a gente manda alguém pra ta assessorando, ***então na realidade foi com a equipe que nos implantamos***.	(1) com a equipe.

Instrumento de Analise de Discurso (IAD) – 2

Questão Analisada: Ao implantar as ações que dificuldades seu município vem enfrentando para desenvolvê-las?

EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS
S1 - Bem as dificuldades foram muitas, primeiro a **família** teve dificuldades de entender essas nova proposta, então tivemos que trabalhar bastante esta questão como a equipe para que nos auxiliasse com os familiares (...)	(1) Família;
S1 - (...) depois foram as ***condições de infra-estrutura, pois os municípios não estavam preparados para receber esta nova demanda então as dificuldades são muitas desde medicação*** (...) **serviços especializados para receber esses pacientes, recursos financeiros para implantar os serviços de referencias** como? Os CAPS, as Residências, ***enfim o problema maior é o financeiro, pois o governo não vem repassando os recursos que eram destinados aos leitos psiquiátricos, e que agora estão fechados, este dinheiro deveria ser investido em serviços abertos, porém isso não vem ocorrendo, se tornando uma dificuldade para todos os municípios da região.***	(2) Condições de infra-estrutura, pois os municípios não estavam preparados para receber esta nova demanda então as dificuldades são muitas desde medicação, serviços especializados para receber esses pacientes, recursos financeiros para implantar os serviços de referencias
S1 - (...) **recursos humanos capacitados**,	(3) Recursos Humanos capacitados
S2 - Nós estamos implantando essas ações, por exemplo, nós conhecemos o paciente, conhecemos a família, o médico tem esse contato direto, agora que nós estamos entrando com o cadastro pra ficar mais sério, pra que a gente saiba quantos são, quais são seus problemas, com quem vive, é isso que a gente tá tentando. ***Quanto às dificuldades, a família é uma dificuldade (...)*** Nós não temos dificuldades com a equipe que atua, eles estão procurando se interar no máximo possível, eu fico até contente com o pessoal aqui, porque mesmo quando a gente dá uma esquecida eles vêm e cutucam, e com relação à saúde mental, tem a Márcia que trabalha na equipe de epidemiologia que tá fazendo faculdade de enfermagem, tem a enfermeira também do PSF que ela é muito interessada na questão de problemas psiquiátricos, então eles mesmos vem e cutucam, é bem legal isso, eu acho bom que eles vem e perguntam o que nós vamos fazer, vai ter um congresso, um seminário pra incentivar.	(1) família
S2 - ***(...) a medicação é uma dificuldade (...)***	(2) a medicação; (Infra-estrutura);
S2 - ***(...) (...) o internamento, a internação é uma dificuldade maior***, nem todos têm necessidade de internamento mais tem alguns que quando entram em crise realmente não tem o que segure.	(3) o internamento. (Infra-estrutura);
S3 - Pra gente conseguir envolver essas outras entidades a gente os chamou pra uma reunião para uma conversa e pedimos ajuda, a	

própria pastoral, o pessoal freqüenta muito, questão de igreja, enfim, todas as entidades a gente chamou e passou a realidade, passou o problema que a gente tem no município e tentou envolver o maior numero de pessoas possíveis, pra que essas pessoas pudessem ajudar e fazer com que a gente amenizasse esse problema, ***a maior dificuldade que a gente tem é com relação a material humano*** mesmo, é a questão mais na área profissional, a gente tem poucos profissionais ligados na área da psiquiatria, de repente (...) ***Quanto à dificuldade com a equipe, a capacitação é própria, a gente usa o nosso psiquiatra pra orientar o pessoal e a nossa psicóloga então é feito um trabalho interno mesmo***, então é discutido com recursos próprios, a gente faz reuniões mensal com as equipes do PSF, então nessa reunião a gente vê qual a dificuldade que a equipe ta tendo a gente procura é trazer o profissional pra passar alguma orientação pra tocar o barco.	(3) material humano; (
S3 - (...) quando você precisa encaminhar um paciente pra fora é difícil **você não consegue uma referência você não tem uma referência pra encaminhar esse paciente, de repente um paciente não só para tratamento psiquiátrico, às vezes uma clinica de recuperação, não tem, então a maior dificuldade é o local pra você manter esse paciente isolado um certo período então você não tem essa**	(2) referencia, (internamento). (Infra-estrutura);
S4 - No começo teve uma rejeição dos pacientes porque antes tinha o São Marcos, pra internar, então dava uma surtadinha já ia pro São Marcos, no São Marcos pelo menos você vai lá fica 2 meses, 3 meses e a família descansa, só que agora eles já estão conscientes que não existe mais São Marcos, que não existe mais internar a força, quando a gente vê que ele está tomando o remédio, o remédio não está mais surtindo efeito, a gente busca lá o médico profissional pra ver se tem que mudar o medicamento, ou se tem que internar, mas daí não vai depender dele, mais **a gente tinha uma grande rejeição porque tivemos uma grande dificuldade com a família, eles não queriam, o problema não é meu, o problema é teu, te vira, eu não tenho culpa que eles tenham um filho, um irmão, e nem eles não tem culpa, que na verdade se a gente tivesse também a gente também não teria um instinto equilibrado, é falta de preparo, então uma das dificuldades é a família.** Quanto ao manejo dos pacientes pelas equipes tá tranqüilo, porque o paciente tem um bom relacionamento com eles, até nós temos um caso de uma paciente que se for o agente Nilson, sem problema, se o Nilson for lá, ela toma o remédio, ela faz qualquer negócio, agora chegar qualquer outra pessoa, não só se for o Nilson, ela não deixa nem entrar, ela olha pra você e te odeia, agora com ele já tem um bom relacionamento, ele pedindo ela vai na boa.	(1) família,
S5 - As poucas ações que a gente desenvolve hoje foram definidas pela própria equipe da Unidade de Saúde, tanto a da unidade como	(1) transporte deslocamento (estrutura). (Infra-estrutura);

os ACS. A gente **acha uma grande dificuldade em questão é a do transporte da equipe, deslocamento, a gente tem pouco carro na unidade,** mais tem que ser programado e essa visita não pode faltar, é programado, tem que acontecer é uma grande dificuldade **o deslocamento da unidade** até no interior que o município é grande, muito extenso. Além do transporte **outra dificuldade é o espaço, a gente não tem um espaço adequado pra conversa, pra reunião, pra dialogo, e esse paciente exige isso a gente tem que ter um acompanhamento especifico, a gente favorece um pouquinho a mais, porque a gente tem hospital municipal,** atende 24 horas, tá à disposição do paciente, então a gente tem um pouquinho mais de afeto, tem a equipe medica que acompanha, a amizade, mais tem que ter um lugar especifico pra gente poder fazer esse tipo de acompanhamento.	(1) o espaço; (Infra-estrutura);
S6 - A maior parte é a resistência em termos de trazer pro atendimento, o paciente, então a gente já tem um caso que a gente ta trabalhando com ele e a gente ta conversando, por enquanto não conseguimos trazer ele pra cá, ele não é assim totalmente, hoje ele ta bom, amanhã ele já não tá, só que quando ele não tá bem ele sai, ele fica agressivo na casa e tal, a família, a mãe dele veio aqui, conversou comigo, contou o problema, eu mandei uma ACS lá, já foram várias vezes lá conversaram com o rapaz, inclusive o irmão dele conseguiu trazer ele aqui, consultou, encaminhou pra uma avaliação psiquiátrica em Cascavel, a gente agendou, nós mandamos o carro lá e não teve jeito, problemas com a família não tivemos, a família geralmente se preocupa, é bem procurado, os casos mais graves, a própria família vem procurar nós, um que mora no sítio eles vêm.	
S7 - Bem, o pouco que fazemos temos muitas dificuldades, como por exemplo, **a família continua um problema, porque ela não aceita seu doente, ela que se livrar dele, quer descansar (...)**	(1) Família;
S7 - (...) ***onde encaminha este paciente é um problemas*** **é uma dificuldade (...)** como basicamente o que fazemos é o acompanhamento, muitas vezes temos dificuldade de ir até a casa devido ser muito longe, tempo de chuva a gente acaba indo pouco, por ***dificuldade de transporte, de carro que conduza a equipe até os locais*****,** principalmente no interior, pois alguns moram nos sítios, longe da que do posto	(2) Referencia, onde encaminhar, transporte (infra-estrutura);
S7 - (...) e também a falta de preparo dos profissionais para atender esta nova demanda (...)	(3) Falta de preparo dos profissionais
S8 - O pouco que estamos fazendo foi definido com a equipe de trabalho, principalmente com PSF. **O problema nosso maior é com a família, não sabe lidar com esse paciente, não tem paciência, porque ele é uma pessoa diferente, acham que incomodam, que eles têm que trabalhar, não tem como quem deixar é outro problema, quem fica em casa cuidando desse paciente, porque ele sai pra rua, ele apronta, é o próprio despreparo da família,** e outra coisa a família fala que eles têm que trabalhar e não recebem nem uma pensão pra isso. Então é	(1) família;

outro problema, porque a família não tem como ficar em casa. Quem vai ficar em casa cuidando, eu tenho que trabalhar e não recebo nada, então quem vai cuidar.	
S9 - Na realidade o trabalho que a gente faz de acompanhamento aqui no nosso município. Nós temos poucos casos, pelo menos detectados até agora nós temos poucos casos, **a dificuldade maior que a gente encontra é na hora que precisa de uma consulta porque às vezes a pessoa está bem e de uma hora pra outra ela surta, acontece algum imprevisto e a gente encontra uma certa dificuldade de marcar essa consulta imediatamente**, de repente a pessoa fica sem tomar medicamentos uma, duas semanas pra poder conseguir marcar uma consulta com especialista, eu acredito que um dos maiores problemas que a gente vem enfrentando no nosso município é esse aí. Com a família a gente juntamente com a assistente social, a gente vai na casas, procura auxiliar de todas as maneiras possíveis, eu acredito que na maior parte dos casos a família interage, vai atrás, procura, poucos casos que a gente tem aqui que a assistente social juntamente com o centro de saúde tem que ficar em cima, a maior parte dos casos eles têm colaborado, a gente percebe que eles tratam a pessoa que tem problemas psiquiátricos com muito carinho, a gente percebe isso.	**(1) Consulta; (Infra-estrutura);**

Instrumento de Análise de Discurso (IAD) – 2

Questão Analisada: Que formas de acompanhamento e avaliação são adotadas com relação às ações de saúde mental no município?

EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS
S1 - Atualmente **a avaliação é feita somente por meio das equipes, por meio do acompanhamento direto pelas unidades de saúde (...)**	(1) a avaliação é feita somente por meio das equipes, por meio do acompanhamento direto pelas unidades de saúde.
S1 – (...) ***não temos ainda instituído uma avaliação permanente para saber se as ações implantadas estão corretas ou não, porém já sabemos empiricamente que as internações diminuíram e muito, talvez pelo fato dessas familiares estarem sendo acompanhadas, e orientadas para não deixar faltar o medicamento, o retorno ao especialista, não são temos uma avaliação fundamentada em dados, falta isso ainda, mas chegaremos lá.***	(2) não temos ainda instituído uma avaliação permanente para saber se as ações implantadas estão corretas ou não
S2 - O acompanhamento é feito através do ambulatório realmente que nós temos pacientes, não são todos, os poucos paciente psiquiátricos que nós temos, ainda bem que são poucos, e, eles ***são acompanhados realmente pelo ACS,*** porque a família, ela se apega ao Posto de Saúde, não tem mais onde ir. Já tem uma história.	(1) - ambulatório; ACS
S2 - Fora isso nós não estamos desenvolvendo nem uma ação. Em cima do que já existe não temos como, de momento não, a gente não tem um psiquiatra. Não, não estamos preparados, porque nós tínhamos antes aqui na região o Hospital que atendia toda a região realmente, que era o Hospital São Marcos, com o fechamento do Hospital São Marcos, nós passamos a não ter onde encaminhar mais os casos mais graves de alcoolismo, casos de drogas, sempre foi problema pra nós né, e os casos de pacientes com transtornos mentais mesmo, psicóticos né, esses aí até hoje a gente tá sofrendo, porque tem paciente, nós temos dois, três que quando entram em crise só com internamento mesmo. Então daí nós encaminhamos pro Psiquiatra, eles fazem o encaminhamento e começa toda a luta e o único hospital da região que tem atendido esses nossos pacientes é o hospital Philadelphia de Marechal Candido Rondon, onde nós temos só duas AIH's. Então... Não, tem no PSF e também aqui, aqui nós com problema mais grave, nós só temos um paciente e o PSF tem mais, e nós temos o posto de saúde de Santa Maria também, que é um Distrito daqui, lá também nós temos dois paciente em tratamento, com acompanhamento aqui, com Clinico Geral enquanto a situação está controlada, só quando entra em crise realmente que daí a gente parte pra especialidade. Mas, até que ta dando pra manter o controle dessas famílias, tão tendo que se conformar um pouquinho, eles estavam acostumados a internar, a internar, a internar. É difícil viu, porque eles tinham mal costume né, por parte da família, e por parte da gente também, de tentar colocar que esse paciente	(2) Fora isso nós não estamos desenvolvendo nem uma ação.

pode ser tratado em casa né, que ele não vai ficar como um peso pro resto da vida, a maioria das pessoas “preciso me livrar desse paciente” e não é assim, são tantas outras coisas que a gente tem que enfrentar sem ser a saúde mental, tem a deficiência, tem a dependência, tem tanta coisa, e as pessoas enfrentam, e a saúde mental é outro problema que tem que enfrentar.	
S3 - A gente tem, digamos assim, uma mini equipe, que seria o psiquiatra, uma psicóloga e a enfermeira, mas na verdade não é feito uma avaliação do resultado desse serviço, a gente ta tocando, pra vê no que vai dar, a gente tem sentido um resultado positivo. Observamos que diminuiu bastante os casos de internamento né, com o psiquiatra a gente conseguiu, controlar bastante, nós temos aproximadamente em torno de 75 pacientes, que já são pacientes semanais que vem no posto de saúde, procura o mini posto, vem no posto central toda sexta-feira, então ele atende 30 paciente por semana, então **a gente já tem de rotina mesmo, pacientes fixos 75 pacientes, que já estão cadastrados e que tem feito acompanhamento semanal, e sempre vai aparecendo um caso novo, então um controle e avaliação desse serviço a gente não tem instalado ainda, mas a gente ta tentando criar, a gente vai viabilizar aí um sistema de informatização desse sistema,** se não sair o CAPS caso não seja credenciado a gente vai criar um caminho paralelo a reforma psiquiátrica com muitas vezes ela é proveitosa tem que ter mas esbarra na burocracia que aí atrasa todo o trabalho, então as vezes um processo que você poderia resolver ou colocar em pratica em 30 dias acaba demorando 6, 7 meses, então vai agravando cada vez mais a situação, mas no geral aí a gente tá vendo que o trabalho por pouco que ele seja feito, mas tá dando resultado positivo.	(1) não é feito uma avaliação do resultado desse serviço;
S4 - Olha, ***somente através do que eles me falam, dos agentes comunitários, da enfermeira, porque eles chegam, primeiramente, e falam, ó, fulano, sabe que a gente conhece todo mundo, o fulano de tal não ta bem, ele não quer tomar o remédio,*** até nós tivemos casos que o paciente psiquiátrico engravidou, engravidou, então achavam que nem, na verdade foi o conselho pegou a criança, ela nem viu a criança sabe, e agora daí ela nem sabia que ela tava grávida e agora contaram pra ela que ela tava grávida, daí ela queria pegar o agente comunitário lá porque tinha mentido pra ela, daí ele falou que ele não sabia que ele era amigo dela que nunca ele ia mentir pra ela, então ela acredita nele assim, e é mais ou menos assim o que eles acompanham logo passam pra mim, eu passo pra enfermeira, pra enfermeira ver a necessidade de ela vai porque na maioria das vezes eles não aceitam, primeiro pela roupa, branco, já bloqueia na hora sabe, então eles tem bem mais confiança no agente, pra mim aqui o agente comunitário é importantíssimo. Três equipes, uma na cidade e duas no interior, mas pra mim é bem importante, porque eles são os agentes da própria comunidade, já moram por ali, conhecem todo mundo sabe, acaba resolvendo, pra nós aqui no interior, que o Município tem uma área muito grande sabe, o interior é 20km que tem no interior, então pra eles que é sitiante tem que trabalhar nessa reforma porque tinha um	(1) agentes comunitários, da enfermeira;

agente comunitário que chamavam de doutor até, e lá era doutor porque ele sabia ver a pressão, ver a febre, então pra nós é muito sabe, nesse caso assim. Eu não tenho muitos não, a gente tem assim os tradicionaizinhos, eu até tinha os paciente cadastrados que recebiam medicamento aqui mas daí como eu não tenho farmacêuticos, então a regional me cortou sabe não posso mais receber o medicamento. A gente compra, pela assistente social a Dona Germana ela compra, nem um deles ficaram sem o medicamento.	
S5 - É através mesmo dessa equipe, a gente faz um levantamento, a gente no Município já tem um número de pessoas que têm esse problema psiquiátrico, ***já tem todos cadastrados no município, condição, conhece diária, na verdade a gente tem um acesso direto com essas pessoas, você conhece todo mundo,*** na Secretaria já tem um quadro quantos problemas psiquiátricos a gente tem identificados, por meio desse a gente faz um acompanhamento diário.	(1) equipe;
S6 - Só através de reuniões mesmo, **com os agentes e a gente tem conversado com a família, se tá resolvendo o problema,** neste sentido, mais daí já é com a família que a gente tem conversado. Nós não temos PSF, só temos os agentes comunitários que são três, mas eles só fazem trabalho na área urbana.	(1) agentes e a família.
S7 - O acompanhamento é feito basicamente pela equipe, ela que diz para a gente como que a situação com esses pacientes está, se estão bem , se estão tomando a medicação, então as formas para avaliar é somente a equipe mesmo. Mas assim, já observamos que estamos internando bem menos, é claro que não temos para onde encaminhar todos, então acho que por isso estamos controlando bem, por isso que eu digo se houvesse um plano mais elaborado, que desse condições da gente se adaptar com tempo, tem referencias para os municípios pequenos, com certeza o resultado seria melhor, mas...	(1) Equipe
S8 - **A gente tem um controle informatizado que a farmácia sabe se o paciente pegou remédio, quantos tomou, pela saída de medicamentos, pela consulta no computador é informatizado, a gente tem todos os dados do paciente**, por exemplo: se foi no psiquiatra ou não foi, outra coisa que a gente faz, a gente vem e marca todo mês no CRE uma consulta com o psiquiatra, a gente começou assim: vai uma vez, vai duas, no começo ia de 15 em 15 dias que o medico pediu pra começar controlar esses pacientes e depois 1 mês, 2 meses, 3 meses, então esse é o controle rigoroso nosso, tem que ir na consulta do psiquiatra, então como nós não temos psiquiatra, o que a gente fez, mandamos pro CRE, volta pra farmacêutica ela verifica o medicamento e passa pro PSF, daí o PSF que controla ele. Aconteceu qualquer coisa lá, vem pra gente de novo e a gente vê lá que dia foi no psiquiatra, se ta acontecendo alguma coisa, através desse controle a gente conseguiu segurar eles aqui e avaliar, e dentro disso a gente tentou colocar ele dentro de alguma	(1) A gente tem um controle informatizado (FARMACIA).

atividade, que é a vida ativa com a psicóloga, com a família cuidando, deu uma amenizada na situação, acontece que de vez em quando algum deles dá uma descontrolada e aí que a gente tem dificuldade de internamento.	
S9 - O nosso PSF também faz esse controle, mais ele não faz um controle estatístico, não é feito nem uma analise estatística, mais é colocado no papel todos os dados que a gente tem de saúde mental, aqueles que os problemas a gente tem, os que tem surgido todos eles são relatados, mas a gente não faz um tratamento estatístico, pra saber se tá melhorando se tá aumentando se ta diminuindo, mais a gente faz um acompanhamento com o PSF, pra saber se a família ta sendo acompanhado até porque hoje o nosso município por ser município pequeno ele é muito cobrado, casos que são até abandonados, casos que a gente sabe que não tem família, andarilhos que vem de fora, as pessoas se comovem, entram em contato com a gente com o pessoal da assistente social e a gente procura minimizar esses problemas, então na realidade aqui solucionamos os problemas.	**(1)** PSF

ANEXO I

unioeste
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
Rua Universitária, 2069 - Fone: (45) 220-3000 - Fax: (45) 324-4566
Jardim Universitário - Cx. P. 000711 - CEP 85814-110 - Cascavel - Paraná
Campus de Cascavel

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CCBS/UNIOESTE

Of. CEP-CCBS/UNIOESTE – 106/03

Cascavel, 15 de julho de 2003

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, *ad referendum* deste comitê.

Protocolo: CR. 008996/03

Projeto: "O planejamento em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica"

Pesquisador: Nelsi Salete Tonini

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider
Coordenador do CEP-CCBS/UNIOESTE

Ilma Sra
Nelsi Salete Tonini
Colegiado do Curso de Enfermagem
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo