

## REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS: desafios para efetivação da Reforma Psiquiátrica<sup>a</sup>

Nelsi Salete TONINI<sup>b</sup>

Maristela Salete MARASCHIN<sup>c</sup>

Luciane Prado KANTORSKI<sup>d</sup>

### RESUMO

Estudo qualitativo a partir do referencial da pesquisa social, que objetivou conhecer as ações desenvolvidas na área da saúde mental em nove municípios que compõem o módulo assistencial de Cascavel, Paraná, pertencentes à 10<sup>a</sup> Regional de Saúde. Os sujeitos participantes do estudo foram nove secretários municipais de saúde. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semi-estruturada, de julho a setembro de 2004. Para análise dos resultados utilizou-se como técnica o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Foram encontrados cinco DSC e três temas geradores de significações, que são: reorganização dos serviços, visita domiciliar e prevenção. Este artigo apresenta o Tema 1 – Reorganização dos Serviços. Esta deve contemplar modalidades diversificadas de atenção em saúde mental e integradas à rede básica territorializada.

**Descritores:** Assistência em saúde mental. Serviços de saúde mental. Reforma dos serviços de saúde.

### RESUMEN

*Estudio cualitativo a partir del referencial de la investigación social, que tuvo como objetivo conocer las acciones desarrolladas en el área de salud mental en nueve municipios que componen el módulo asistencial de Cascavel, Paraná, Brasil, pertenecientes a la 10<sup>a</sup> Regional de Salud. Los sujetos que participaron del estudio fueron nueve secretarios municipales de salud. La recopilación de datos se realizó mediante una entrevista semi-estructurada. Para el análisis de los resultados se utilizó la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC). Se encontraron cinco DSC y tres temas generadores de significaciones que son: reordenación de los servicios, visita domiciliaria y prevención. Este artículo presenta el Tema 1 - Reorganización de los Servicios. La misma debe contemplar modalidades diversificadas de atención en salud mental e integrarse a la red territorial básica.*

**Descriptorios:** Atención en salud mental. Servicios de salud mental. Reforma en atención de la salud.

**Título:** Reordenación de los servicios: desafíos para la efectividad de la Reforma Psiquiátrica.

### ABSTRACT

*This qualitative study, based on social survey, aimed at understanding actions carried out in mental health in nine cities of the 10<sup>th</sup> Health District of the Health Care Module of Cascavel, Paraná, Brazil. Nine municipal health secretaries participated in a semi-structured interview carried out between July and September, 2004. Collective Subject Discourse (CSD) was used to analyze the data. Five CSD and three meaning-generating themes (service reorganization, home visits, and prevention) were identified. The present article discusses theme 1 – service reorganization, which should include diverse mental health care modes integrated to the regional basic health care network.*

**Descriptors:** Mental health assistance. Mental health services. Health care reform.

**Title:** Reorganization of services: challenges of the Psychiatric Reform.

<sup>a</sup> Artigo elaborado a partir da tese de Doutorado defendida em 2005 no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), Brasil.

<sup>b</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Docente da Universidade Paranaense (UNIPAR) e da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Paraná, Brasil.

<sup>c</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da UNIPAR e da UNIOESTE, Paraná, Brasil.

<sup>d</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Docente da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Rio Grande do Sul, Brasil.

## INTRODUÇÃO

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, tornando-se necessários estudos de como esse processo vem ocorrendo e quais os impactos que os municípios sofrem, tanto em relação à reorganização do serviço, bem como ao processo de trabalho dos profissionais de saúde.

A Reforma Psiquiátrica na região Oeste do Paraná 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 eram atendidos em um Hospital Psiquiátrico de referência na região. Essa dificuldade em discutir a reforma psiquiátrica passou a consistir numa inquietação para os autores, pois atuam na rede pública de saúde e se sentiram motivados a desvendar o porquê desse processo não avançar nesta região.

Em novembro de 2003, esse hospital psiquiátrico 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 de 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 cuidar esses indivíduos, ou seja, novas estratégias assistenciais.

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

Este estudo teve como objetivo conhecer as ações desenvolvidas na área da saúde mental dos nove municípios que compõem o módulo assistencial de Cascavel, Paraná, da 10ª Regional de Saúde.

## METODOLOGIA

Buscando conhecer as ações desenvolvidas na área da saúde mental pelos gestores locais no

contexto da construção de uma rede de serviços substitutivos à hospitalização integral, na região Oeste do Paraná, e com intuito de atingir os objetivos propostos para este estudo, realizou-se uma pesquisa qualitativa, a partir do referencial da pesquisa social.

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, na sua transformação, como também nas construções humanas significativas<sup>(1)</sup>. Entendemos que os secretários municipais de saúde são importantes sujeitos de transformação no sentido de contribuir para a construção de uma rede de serviços em saúde mental extra-hospitalares, caracterizada por uma relação acolhedora, de inclusão, de compromisso e de responsabilidade com os indivíduos portadores de sofrimento psíquico e com seus familiares.

O trabalho de campo foi realizado durante o período de julho a dezembro de 2004, na Microrregião de Saúde 10, localizada na região Oeste do Estado do Paraná. Sob a coordenação de uma Regional de Saúde, essa microrregião congrega 25 municípios, tendo Cascavel como pólo microrregional e estadual. 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.

A presente pesquisa foi desenvolvida em nove municípios que pertencem ao 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 deste módulo e também por constituir referência para os outros municípios nas especialidades médicas.

Os participantes da pesquisa foram nove secretários municipais de saúde pertencentes ao Módulo Assistencial de Cascavel, por serem os responsáveis pela definição das políticas de saúde, bem como da sua execução, no momento histórico em que se realizou a pesquisa.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi uma entrevista semi-estruturada, contendo dados de identificação dos atores participantes e a questão norteadora: "Diante dos problemas per-

tinentes a Saúde Mental, que ações seu município vem desenvolvendo nesta área?”.

Em relação aos dados de identificação dos atores participantes da pesquisa, concluiu-se que: 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 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<sup>(2)</sup>.

Para organizar os depoimentos dos participantes foram utilizadas três figuras metodológicas: Expressões Chaves (ECH); Idéia Central (IC); e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)<sup>(2)</sup>.

Num primeiro momento, foram utilizadas duas delas, as Expressões Chaves (ECH) e as Idéias Centrais (IC); 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.

A questão requer que, após a identificação dos problemas, o sujeito explicita as ações que o município vem desenvolvendo na área de saúde mental. Construímos assim cinco DSCs e, desses

discursos, foram identificados três temas geradores de significações, Tema 1 – Reorganização dos Serviços; Tema 2 – Visita Domiciliar; Tema 3 – Prevenção.

Neste artigo nos propomos a discutir somente o Tema 1 - Reorganização dos Serviços, o qual emergiu de três discursos do sujeito coletivo. Diante dos problemas pertinentes à saúde mental e conforme os depoimentos expressos pelos gestores municipais, montamos os Discurso do Sujeito Coletivo e os Temas Identificados.

A presente pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Biológicas da Saúde (CCBS) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), sendo aprovada sob o protocolo/CR 008996/2003.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

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 a questão levantada por esta pesquisa.

Os DSC aqui apresentados são resultados da questão norteadora: “Diante desses problemas identificados na área da saúde mental, que ações seu município vem desenvolvendo?”. A seguir, no Quadro 1, apresentamos o discurso de sujeito coletivo e os temas identificados.

Questão norteadora	Categoria do discurso do sujeito coletivo	Tema
Diante dos problemas pertinentes à Saúde Mental, que ações seu município vem desenvolvendo nessa 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.

Quadro 1 – Categorias internas.

### Reorganização dos Serviços

O tema “reorganização dos serviços”, que é o objeto de discussão deste artigo, emergiu em três DSC, do total dos cinco, construídos a partir das falas dos nove participantes da pesquisa.

### 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 fi-*

*cha 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. Têm 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.*

### Discussão do tema

A discussão do tema é resultado da aplicação de uma entrevista com nove secretários municipais de saúde pertencentes a municípios localizados na região Oeste do Paraná, no período de julho a dezembro de 2004.

O processo de reestruturação do setor da 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<sup>(3)</sup>.

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<sup>(4)</sup>.

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<sup>(5)</sup>.

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)<sup>(6)</sup>.

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 ocorreu em 1987 na cidade do Rio de Janeiro. Nes-



se fórum, 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 indica estratégias para a reorganização do modelo assistencial vigente, definindo que o serviço público não credencie nem instale 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<sup>(5)</sup>.

Sugeriu-se também, nesse evento, a reestruturação da assistência psiquiátrica, a adequação das legislações e a 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<sup>(7)</sup>.

Em 1992, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, com a participação de representantes dos usuários, trabalhadores e prestadores de serviços. Nesse evento, discutiu-se a reestruturação da atenção à saúde mental no Brasil, dentro dos princípios da municipalização e da cidadania dos doentes mentais<sup>(5)</sup>.

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 a reorientação do modelo assistencial em saúde mental. Para que 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<sup>(5)</sup>.

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 efetivas do direito à saúde.

Assegurar em maior ou menor grau a direcionalidade pretendida, tendo em vista a realidade a ser trabalhada, implica definição clara e específica dos objetivos e a sua materialização por meio de planos que estabeleçam o que fazer<sup>(5)</sup>. 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<sup>(8)</sup>.

Para a consolidação dessa 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, tais como: Programa de expansão e fortalecimento da rede de serviços extra-hospitalares; Inclusão das ações de Saúde Mental na atenção básica (Programa Saúde da Família e nas Unidades Básicas de Saúde); Programa de Formação e qualificação de Recursos Humanos dos municípios para ações de Saúde Mental; Reestruturação dos serviços próprios; Programa de Atenção Comunitária a usuários de Álcool e Outras Drogas; Programa de Avaliação dos hospitais psiquiátricos - PNASH/Psiquiatria; Implantação das Comissões Revisoras de Internações Psiquiátricas; Implantação do Programa Nacional "De Volta Para Casa"<sup>(8)</sup>.

Entretanto, se em termos 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 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 às 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 alternativas, como os seguros de saúde privados. Isso acontece junto com a universalização da assistência. Ocorre, ainda, um racionamento na oferta dos serviços (poucos profissionais qualificados para a mudança em saúde mental, pois na reorganização dos serviços, todos os técnicos são fundamentais e há um déficit maior de formação qualitativa do que do número de profissionais médicos em saúde mental), especialmente nos municípios de pequeno porte. Assim, em vez de incluir toda a população (universalização), o sistema público de saúde brasileiro exclui aqueles que têm condições financeiras de comprar serviços, 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, sendo gradativa a transferência de responsabilidades previstas na construção do Sistema Único de Saúde. A partir da Reforma Psiquiátrica, é de responsabilidade dos municípios também a assistência aos indivíduos portadores de transtornos mentais e 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 o 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 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. A ênfase, então deixa de ser a doença, o desvio, deslocando-se para o usuário e seu familiar, seus desejos, suas necessidades, seus potenciais que podem se operacionalizar 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<sup>(9)</sup>.

Não se trata de uma tarefa fácil, porém não impossível, mas é necessário organizar num território concreto todos os serviços e iniciativas que possam responder às diferentes demandas que o transtorno psíquico, ou limitação, apresentam para usuários, familiares e equipes de saúde<sup>(10)</sup>.

Diferenciar 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 é preciso construir um espaço próprio onde a dor, a angústia, o sofrimento profundo, o transtorno possa ter escuta e, se necessário, tratamento<sup>(10)</sup>.

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 objetivo de alcançar níveis mais saudáveis de vida<sup>(10)</sup>.

## CONCLUSÃO

Por fim, acreditamos que a questão discutida neste estudo, a qual emerge dos discursos dos gestores municipais elaborados a partir de suas vivências como atores sociais do processo da Reforma Psiquiátrica em uma determinada região permitam a outras pessoas envolvidas com essa

temática desenvolverem reflexões teóricas acerca da Reorganização dos Serviços de Saúde.

A reorganização dos serviços deve contemplar modalidades diversificadas de atenção em saúde mental e integradas à rede de saúde pública básica, a qual deve contemplar ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação e, também, ser estruturada de forma descentralizada, próxima a residência do usuário e integrada com outros setores da sociedade, de acordo com as necessidades dos usuários, visando garantir o acesso universal a serviços públicos humanizados e de qualidade.

Existem ainda poucos estudos relacionados 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

- 1 Minayo CMS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO; 1996.
- 2 Lefèvre F, Lefèvre AMC. Princípios básicos e conceitos fundamentais do discurso do sujeito coletivo. In: Lefèvre F, organizador. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa: desdobramentos. Caxias do Sul: EDUCS; 2003. p. 13.
- 3 Fekete MS. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana JP, organizador. Brasil: desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Organização Pan Americana da Saúde; 1997.
- 4 Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizadora. Textos de apoio em saúde mental. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
- 5 Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental; 2001 dez 11-15; Brasília (DF), Brasil. Brasília (DF); 2002.
- 6 Amarante PA. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: Amarante P, organizador. Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU; 2003.
- 7 Kantorski LP, Silva GB. Ensino em enfermagem e reforma psiquiátrica. Pelotas: Ed. Universitária/UFPEL; 2001.
- 8 Secretaria Estadual de Saúde (PR). Política Estadual de Saúde Mental [página na Internet]. Curitiba; 2005 [citado 2005 jan 4]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br>.
- 9 Koda MY. A construção de sentidos sobre o trabalho em um núcleo de atenção psicossocial. In: Amarante P, organizador. Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU; 2003.
- 10 Pitta A. Tecendo uma teia de cuidados em saúde mental. In: Venancio ATA, Cavalcanti MT, organizadores. Saúde mental: campo, saberes e discursos. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA; 2001.

---

**Endereço da autora / Dirección del autor /  
Author's address:**  
Nelsi Salete Tonini  
Rua da Bandeira, 447  
85812-270, Cascavel, PR  
E-mail: [tonini@unipar.br](mailto:tonini@unipar.br)

Recebido em: 02/08/2007  
Aprovado em: 17/03/2008