

**UNIOESTE – UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ  
CAMPUS DE MARECHAL CÂNDIDO RONDON - PR  
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS - CCA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO RURAL SUSTENTÁVEL  
(Doutorado)**

**INÊS TEREZINHA PASTÓRIO**

**SAÚDE MENTAL, TERRITÓRIO E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE:  
INTERAÇÕES DE DIREITOS E CONDIÇÕES DE ACESSO NO MEIO RURAL**

**MARECHAL CÂNDIDO RONDON  
2020**

INÊS TEREZINHA PASTÓRIO

**SAÚDE MENTAL, TERRITÓRIO E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE:  
INTERAÇÕES DE DIREITOS E CONDIÇÕES DE ACESSO NO MEIO RURAL**

Tese apresentada como requisito para a conclusão do Doutorado do Programa Doutorado em Desenvolvimento Rural Sustentável do Centro de Ciências Agrárias da UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Marechal Cândido Rondon, na linha de pesquisa I-Desenvolvimento Territorial, Meio Ambiente e Sustentabilidade Rural.

Orientadora: Dra. Marli Renate von Borstel Roesler

MARECHAL CÂNDIDO RONDON  
2020

P293s Pastório, Ines Terezinha  
SAÚDE MENTAL, TERRITÓRIO E SERVIÇOS PÚBLICOS DE  
SAÚDE: interações de direitos e condições de acesso no meio  
rural. / Ines Terezinha Pastório ; orientadora Marli  
Renate Von Borstel Roesler. – Marechal Cândido Rondon, 2020.  
250 f.

Tese (Doutorado)- Universidade Estadual do Oeste do  
Paraná, Câmpus Marechal Cândido Rondon, Centro de  
Ciências Agrárias, Programa de Pós-Graduação em  
Desenvolvimento Rural Sustentável, 2020.



**unioeste**

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Campus de Marechal Cândido Rondon

Centro de Ciências Agrárias – CCA

Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural Sustentável – Mestrado e Doutorado

## **INÊS TEREZINHA PASTÓRIO**

### **SAÚDE MENTAL, TERRITÓRIO E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: INTERAÇÕES DE DIREITOS E CONDIÇÕES DE ACESSO NO MEIO RURAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural Sustentável, de forma remota/síncrona, com uso da tecnologia de videoconferência, por meio das diversas opções de software/aplicativos disponíveis para essa modalidade, conforme orientação do Ato Executivo nº 021/2020-GRE, Resolução 052/2020 - CEPE e Portaria Capes nº 36/2020, em cumprimento parcial aos requisitos para obtenção do título de Doutor em Desenvolvimento Rural Sustentável, área de concentração Desenvolvimento Rural Sustentável, linha de pesquisa Desenvolvimento Territorial, Meio Ambiente e Sustentabilidade Rural, APROVADA pela seguinte banca examinadora:

1. Marli Renate von Borstel Roesler – Orientadora  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste / Campus Toledo
2. Maria Isabel Formoso Cardoso e Silva – Membro  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste / Campus Toledo
3. Nelza Mara Pallú - Membro  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste / Campus Marechal Cândido Rondon
4. Adriana Maria De Grandi – Membro  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste / Campus Marechal Cândido Rondon
5. Giseli Cipriano Rodakoski – Membro  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC/PR

Marechal Cândido Rondon, 04 de setembro de 2020.

Wilson João Zonin  
Coordenador do PPGDRS  
Portaria nº 4882/2018 - GRE

*Dedico este trabalho a minha família, principalmente ao meu esposo, Enio, aos meus filhos, Cristiane e Marcelo, meus netos Vitória e Gabriel, nora, genro e aos meus amigos presentes ou in Memorian!*

## AGRADECIMENTOS

Percorrer este caminho se tornou mais fácil com a rede de apoio constituída pela família, pelos amigos, professores, orientadora, colegas de curso, que são nossos “anjos da guarda e incentivadores”. E, nesse processo do doutorado, precisei muito dessa rede e perdi pessoas preciosas que a compunham: Meu compadre “Nidão”, uma amizade de mais de 40 anos; minha amiga e irmã que a vida e o trabalho me deram “Maria Yaschombeck Doege”, a minha “Marys”; meu irmão “Lázaro”, o mais presente nos finais de semana, férias, e sempre incentivando meus estudos; meu cunhado “Chiquinho”, também sempre incentivando e, por que não, sentindo orgulho?!?! Todos vítimas de câncer e se foram com um espaço de tempo muito pequeno entre um e outro. Houve outros momentos difíceis nesse processo, e chegou um momento que também adoeci por esses lutos, por estresse e outras questões vinculadas à família. Mas foi possível chegar ao término desse trabalho e, por isso, agradeço à rede de amigos e familiares que dividiram esses momentos e também me fortaleceram. E sei que por carinho!

Então, agradeço a Deus, pelo dom da vida, pela saúde restituída, pela capacidade intelectual, emocional e psíquica para chegar até aqui e pelos anjos postos em minha vida para que pudesse vencer este desafio!

À minha família, em especial, ao meu pai Huberto (*in memoriam*) e minha Mãe Terezinha (*in memoriam*), que se foram em um espaço curto de tempo, durante o período do mestrado. Obrigada por me darem essa condição de eu fazer “minhas coisas”. Foram a inspiração da minha vida.

Aos meus irmãos e à minha irmã, minhas cunhadas, sobrinhos, minha nora, meu genro que, ao seu modo e dentro das condições de cada um, sempre me apoiaram e foram importantes nesse processo de construção acadêmica e pessoal.

Ao meu filho, Marcelo, pelas ideias, sugestões, conversas...!

À minha filha, Cristiane, fazendo o almoço, a janta para eu ter mais tempo para estudar e produzir, sempre comemorando as minhas conquistas!

À minha neta, Vitória, ao meu neto, Gabriel, que, muitas vezes, foram motivo de estresse, preocupações, mas também de muitas alegrias nesse período.

A você Enio, pelo amor, paciência, incentivo, pelos cactos, bromélias, orquídeas, “banana de mico” que trazia para me alegrar e, claro, fazendo lindas floreiras com pedras, ajeitando troncos para plantar, e ajudando a plantar, e, às vezes, fazendo brincadeira e piadinhas, me estressando rrsrs.

Às minhas Amigas, Neiva Ceron e Ironice que sempre me incentivaram e nunca deixaram de fazer o possível e, às vezes, o impossível para me ajudar nessa caminhada. Gratidão Infinita!!!!

A Paula Faquinello, e Elizete Pauze, que me aguentaram choramingando que não dava mais conta, não sabia mais por onde caminhar, até que Paula me “butinou” na direção para finalizar, já quase ao 45 do segundo tempo.

A Natalia Niedermayer, pela ajuda, trocas de ideias, sugestões valiosas.

Janice de Souza Salvador, pelas trocas de conhecimento ao longo desses 20 anos de amizade, pelas correções de trabalhos para eventos, a dissertação e a agora a correção da tese em tempo recorde!

Aos pacientes e familiares, gestores que se dispuseram a participar da pesquisa.

Aos meus colegas do Doutorado, que compartilharam experiências e sonhos e percorreram esse mesmo processo de formação, especialmente a Carol, além de angústias e inseguranças, foram também artigos e conhecimentos compartilhados.

À minha amiga Leoni e ao Dierson, que deram sugestões valiosas.

Aos colegas que nunca duvidaram que eu daria conta e, sempre que eu precisei, deram um “socorro”: Neiva Ceron, Dilce Claudino Lisowski da Silva, Marilu Catusso, Izaque de Souza, Simone Ferrari, trocando ideias e sugestões riquíssimas!

Às meninas do Pão com Linguiça, vulgo “linguiceiras”, Sueli Braguini, Tatiana Terto, Sonia Wichoski, Rosangela Otenio, Anita Verdi, Ana Herrera, Simone Ferrari, amigas que a vida me deu como presente. Sempre falamos que a nossa amizade é da faculdade para vida. Acompanharam esse processo, inclusive dizendo “vamos defender com você!” Sempre incentivando, compartilhando angústias e conquistas e agora que venha o nosso Pão com Linguiça e uma cervejinha “artesanal” claro, produzida especialmente para esse encontro, para a comemoração, mas só depois da pandemia, né?!

À minha professora e orientadora, Dra. Marli, por ter assumido esse desafio, me fortalecendo e dividindo seu saber comigo, aguentando uns “pitis”, como muitos falam; mesmo enfrentando questões de saúde se desdobrou para ler, pontuar..... nesse processo.

À Lizete Eckstein Fredo, com eficiência inigualável, dando um jeitinho de organizar tudo, resolvendo, auxiliando com extrema competência e amorosidade as situações que surgiam.

Aos Professores Maria Isabel Formoso Cardoso e Silva, Adriana Maria de Grandi, Nardel Luiz Soares da Silva, Nelza Mara Pallú por participarem da banca da qualificação e Maria Isabel Formoso Cardoso e Silva, Adriana Maria de Grandi, Nelza Mara Pallú e Giseli Rodakoski por participarem da banca de defesa da tese, todos contribuindo muito com o trabalho.

A todos os docentes do curso de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural Sustentável da Unioeste, que contribuíram de maneira significativa para a minha formação.

Aos pacientes, familiares, e gestores dos serviços de saúde dos municípios que contribuíram para a coleta de dados, recebendo-me em suas casas e dividindo sua história e luta pelos direitos e qualidade de vida.

À CAPES e ao PPGDRS por viabilizarem o Curso de Doutorado.

A todos que, de uma maneira ou outra, contribuíram para a construção e finalização deste trabalho!

Gratidão!

**Tudo Que Se Passa, Passa?**

*Passar pelo que se passa,*

*Nunca pensei passar.*

*Se pudesse passaria.*

*Pensaria...*

*Que poderia passar.*

*Aí já passei,*

*Só de pensar .*

*Digamos que esteja passando...*

*E pensaria?*

*Tem hora que nem se pensa.*

*Se passa apenas.*

*Com pena.*

*Sem pena.*

*De tudo.*

*De nada.*

*É apenas uma passagem;*

*Mas, uma dura passagem*

*Que levamos até o fim*

*Da passagem...*

*Que não passa.*

*A passagem pensa*

*E fica. Não mais passa.*

*(Vanderlei Spaniol)*

PASTÓRIO, Inês Terezinha. **Saúde mental, território e serviços públicos de saúde: interações de direitos e condições de acesso no meio rural.** 2020. 219p. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Rural Sustentável). Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Marechal Cândido Rondon-PR, 2020.

## RESUMO

O direito de acesso à política pública de atendimento e tratamento em saúde mental tem primordial importância para o não agravamento de quadros psíquicos. A Atenção Básica, porta de entrada ao serviço especializado em saúde mental, realiza a estratificação de risco, principal instrumento para a garantia do acesso ao tratamento em saúde mental, à população trabalhadora no meio rural. Delimitou-se, nesse contexto, a fundamentação, problematização e desenvolvimento da pesquisa da tese de doutorado com o tema: saúde mental, território e serviços públicos de saúde e objetivo geral de analisar como se dá a garantia de direitos de acesso, barreiras e atendimento da população trabalhadora rural, em condição de adoecimento mental, ao serviço integrado de saúde, em três municípios pertencentes à 20<sup>a</sup> Regional de Saúde – Paraná, quais sejam: Toledo, Marechal Cândido Rondon e Diamante D'Oeste. Trata-se de um estudo de caso qualitativo, com recursos e procedimentos metodológicos fundamentados e operacionalizados através de entrevistas semiestruturadas e questionário para a coleta de dados, observados os procedimentos da Pesquisa com Seres Humanos (CEP). Elegeu-se como **problema as condições de vida da população trabalhadora rural com transtorno mental, residente nos municípios elencados para esta pesquisa, aliadas às barreiras de acesso e à continuidade aos serviços de saúde mental, considerados determinantes fundamentais ao direito à saúde e à qualidade de vida no contexto do desenvolvimento rural sustentável.** E, como objeto de estudo, direito de acesso aos cuidados protetivos e tratamento em saúde mental no contexto rural. Os sujeitos da pesquisa foram 15 pacientes com transtorno mental, que frequentam ou frequentaram Centro de Atenção Psicossocial- CAPS ou atendimento especializado em saúde mental, e o familiar que acompanha o usuário no atendimento e na vida diária, totalizando uma amostra de 30 sujeitos pesquisados. Foram elencados, também, os gestores das secretarias municipais desses três municípios e o gestor do CISCOPAR, totalizando 05 gestores. Como resultado, destaca-se a essencialidade da garantia de acesso continuado ao tratamento especializado em promoção da saúde e das necessidades de saúde mental por equipes de atenção primária em saúde, principalmente, para a população do meio rural, que passa a ser executado no território de saúde e de residência via o matriciamento, estratificação de risco, interconsultas, cuidado local integrado ao cuidado especializado. As dificuldades apontadas pelos usuários e familiares foram relacionadas ao transporte coletivo, ao custo, horários de ida e retorno, e a distância para chegar ao serviço. Quanto aos gestores, a principal dificuldade é ter profissionais que se habilitem a atender via SUS, a descentralização do serviço ao território, e o matriciamento, ainda em estágio embrionário, também visto como forma de ampliação e qualidade dos serviços. Esses fatores implicam o desenvolvimento rural, pois, garantidas as condições de acesso da população rural aos serviços de saúde necessários, com adesão e permanência no serviço pelo tempo necessário, gera-se aumento da qualidade de vida e do desenvolvimento rural sustentável, fortalecendo, por conseguinte, a permanência dessa população no meio rural e também o desenvolvimento rural, sua condição de participação e autonomia em relação à sua saúde.

**Palavras-chave:** Acesso; Saúde Mental; Desenvolvimento Rural Sustentável.

PASTÓRIO, Inês Terezinha. **Mental health, territory and public health services: interactions of rights and conditions of access in rural areas.** 2020. 250p. Thesis (PhD in Sustainable Rural Development). State University of Western Paraná, Marechal Cândido Rondon-PR, 2020.

## ABSTRACT

The right of access to public policy on care and treatment in mental health is of paramount importance for the non-aggravation of psychiatric conditions. Primary Health Care, the gateway to specialized mental health service, carries out risk stratification, the main instrument for guaranteeing access to mental health treatment, to the working population in rural areas. It was delimited, in this context, the foundation, problematization and development of the PhD dissertation research with the theme: mental health, territory and public health services and general objective of analyzing how the guarantee of rights of access, barriers and health care of the rural working population, in condition of mental illness, are provided, to the integrated health service, in three municipalities belonging to the 20th Regional Health - Paraná, namely: Toledo, Marechal Cândido Rondon and Diamante D'Oeste. It consists of a qualitative case study, with substantiated and operationalized methodological resources and procedures through semi-structured interviews and a questionnaire for data collection, in addition to theoretical sources, observing the procedures of Human Subjects Research (HSR). The living conditions of the rural working population with mental disorder, residing in the municipalities listed for this research, were chosen as a problem, together with the barriers of access and continuity to mental health services, considered fundamental determinants of the right to health and quality of life in the context of sustainable rural development. And, as object of study, the right of access to protective care and mental health treatment in the rural context. The research subjects were 15 patients with mental disorders, who attend or attended CAPS or specialized care in mental health, and a family member who accompanies the user during assistance and in daily life, adding up to a sample of 30 subjects surveyed. The managers of the municipal departments of these three municipalities and the manager of CISCOPAR were also listed, adding up to 5 managers. As a result, the essentiality of guaranteeing continued access to specialized treatment for health and mental health needs promotion by primary health care teams is highlighted, especially for the rural population, which is now being executed in the health territory and residency via matrix support, risk stratification, appointments, local care integrated with specialized care. The difficulties pointed out by users and family members were related to collective transportation, the cost, the time of departure and return, and the distance to reach the service. Regarding the managers, the main difficulty is having professionals who are qualified to serve via SUS, the decentralization of service to the territory, and matrix support, still in an embryonic stage, also seen as a way of expansion and quality of services. These factors have an impact on rural development, because by guaranteeing the conditions of access of the rural population to the necessary health services, with adherence and permanence in the service for the necessary time, an increase in quality of life and sustainable rural development is generated, thus strengthening the permanence of this population in rural areas, as well as rural development, their condition of participation and autonomy in relation to their health.

**Keywords:** Access; Mental Health; Sustainable Rural Development.

## LISTA DE SIGLAS

ATI	Academia da Terceira Idade
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CISCOPAR	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Costa Oeste do Paraná
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRESEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
DNERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DUDH	Declaração dos Direitos Humanos
DRS	Desenvolvimento Rural Sustentável
DR	Desenvolvimento Regional
DS	Desenvolvimento Sustentável
DUDHE	Universal dos Direitos Humanos Emergentes
EC	Emenda Constitucional
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
HEMEPAR	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná
HUOP	Hospital Universitário do Oeste do Paraná
IAP	Instituto Ambiental do Paraná
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
LOA	Lei de Orçamento Anual
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
OMS	Organização Mundial de Saúde

## LISTA DE SIGLAS

ONU	Organização das Nações Unidas
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PAM	Pronto Atendimento Municipal
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PPGDRS	Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural Sustentável
PPR	Próteses Parciais Removíveis
PRORURAL	Programa de Desenvolvimento Rural
PT	Próteses Totais
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SIMPR	Serviço Integrado de Saúde Mental do Paraná
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
PCI	Práticas Integrativas Complementares
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Mapa estratégico da rede de atenção à saúde mental do Paraná .....	80
Quadro 2	Panorama populacional e de atenção básica e saúde mental dos municípios.....	121
Quadro 3	Equipe do CAPS II e carga horária semanal.....	126
Quadro 4	Profissionais e horas de trabalho CAPS i.....	131
Quadro 5	Oferta de serviço de atenção à saúde mental no meio rural no município rural na perspectiva dos gestores.....	139
Quadro 6	O acesso aos serviços de saúde mental para a população do meio rural na perspectiva dos gestores.....	143
Quadro 7	Acesso a informações à população rural sobre os serviços de saúde mental.....	144
Quadro 8	Como a demanda chega ao serviço especializado.....	147
Quadro 9	Atendimento à demanda.....	149
Quadro 10	Recursos e financiamentos da saúde mental no município.....	149
Quadro 11	Faixa etária e escolaridade dos sujeitos da pesquisa.....	153
Quadro 12	Unidades de Atenção Básica.....	163
Quadro 13	Número de atendimentos do sujeito da pesquisa por mês.....	167
Quadro 14	Consulta psiquiátrica.....	167
Quadro 15	Diagnóstico atribuído aos sujeitos da pesquisa.....	169

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Formas de acesso dos usuários às informações sobre os atendimentos.....	146
Gráfico 2	Como os familiares recebem as informações sobre saúde.....	146
Gráfico 3	Local de trabalho.....	158
Gráfico 4	Contribuição do trabalho rural para o adoecimento mental.....	160
Gráfico 5	Há quanto tempo está em tratamento? .....	166
Gráfico 6	Quem acompanha nos atendimentos.....	171
Gráfico 7	Acredita que o agrotóxico pode causar depressão ou outra doença? .....	192

## Sumário

INTRODUÇÃO.....	16
1 REFLEXÕES SOBRE SAÚDE MENTAL NO ESPAÇO DE VIDA E TRABALHO NO CONTEXTO RURAL (RE)DEFINIDO PELO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA ..	21
1.1 O DIREITO AO DESENVOLVIMENTO E A DISCUSSÃO SOBRE DESENVOLVIMENTO RURAL .....	35
1.2 O MOVIMENTO DO TERRITÓRIO E DO AMBIENTE NA IDENTIFICAÇÃO E NO RECONHECIMENTO DAS DEMANDAS EM SAÚDE MENTAL .....	42
2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: DIREITOS FUNDAMENTAIS EM QUESTÃO.....	47
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA POLÍTICA DE SAÚDE.....	52
2.2 O SUS E A ESPECIFICIDADE DA LEI 8.080/90 .....	59
2.3 FINANCIAMENTO E GESTÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS E A ESPECIFICIDADE DA ÁREA DA SAÚDE .....	62
2.4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A ESPECIFICIDADE DA LEI 10.2016 .....	69
2.5 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO PARANÁ.....	79
2.6 O TERRITÓRIO E A LÓGICA DO CUIDADO .....	86
2.7 A POLÍTICA DE SAÚDE E A DIMENSÃO DO DIREITO À UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS EM SAÚDE MENTAL .....	94
2.8 DEMANDAS POR DIREITOS: O ACESSO E A EQUIDADE NO ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL .....	97
3 APRESENTAÇÃO DOS CAMPOS DA PESQUISA .....	107
3.1 DESAFIOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA.....	107
3.2 AMOSTRA E INSTRUMENTAIS TÉCNICOS PARA A COLETA DE DADOS .....	108
3.3 CONHECENDO A REALIDADE DO SUJEITO DA PESQUISA .....	110
<b>3.3.1 Especificidade do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste Do Paraná – CISCOPAR .....</b>	<b>111</b>
<b>3.3.2 Atenção Básica em Saúde nos Municípios <i>Locus</i> na Pesquisa .....</b>	<b>119</b>
<b>3.3.3 Atenção Especializada em Saúde Mental no Município de Toledo.....</b>	<b>121</b>
<b>3.3.4 Atenção Especializada em Saúde Mental no Município de Marechal Cândido Rondon.....</b>	<b>129</b>

<b>3.3.5 Atenção Especializada em Saúde Mental no Município de Diamante D’oeste</b> .....	134
<b>4 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS</b> .....	137
4.1 DADOS RELATIVOS AOS GESTORES .....	137
4.2 DADOS DOS SUJEITOS DA PESQUISA: USUÁRIOS E FAMILIARES .....	151
<b>4.2.1 Perfil dos Usuários</b> .....	152
4.3 A ATENÇÃO BÁSICA NO TERRITÓRIO DA PESQUISA .....	161
4.4 O ACESSO AO TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO .....	163
4.5 A REPRESENTAÇÃO DOS USUÁRIOS E FAMILIARES SOBRE O ADOECIMENTO MENTAL .....	177
4.6 O USO DO AGROTÓXICO NA PRODUÇÃO E A SEGURANÇA ALIMENTAR .....	186
4.7 POLÍTICA DE SANEAMENTO, DIREITO À ÁGUA E SANEAMENTO COMO DIREITO HUMANO .....	192
<b>CONSIDERAÇÕES</b> .....	200
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	206
<b>APÊNDICES</b> .....	221
<b>ANEXOS</b> .....	237

## INTRODUÇÃO

Nesta seção, o objetivo central é justificar o estudo no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural Sustentável (PPGDRS) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, campus Marechal Cândido Rondon, apresentando uma contextualização da problemática investigada acerca do tema saúde mental e condições de vida, direitos e acesso do trabalhador e trabalhadora no meio rural aos serviços de saúde mental, bem como um desenho dos procedimentos metodológicos utilizados para a realização da pesquisa e o alcance dos objetivos propostos, delineando a estrutura do trabalho construído e ora apresentado.

As condições de desigualdades da população brasileira existem e são visíveis tanto no meio urbano como no meio rural. Acentuam-se mais junto à população rural em razão da falta de infraestrutura, inexistência ou insuficiência de sistemas de esgoto e abastecimento de água, que acabam por ser causa de doenças pela contaminação de água e solo, seja por dejetos humanos, de animais ou agrotóxicos. Sen (2010, p.18) afirma que “[...] pobreza e tirania, carência de oportunidades [...], negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva de Estados repressivos” afetam as condições de igualdade da população e principalmente a saúde e a saúde mental da população mais vulnerável pelas condições socioeconômicas e culturais.

No meio rural, evidenciam-se tais condições pelo fato de as políticas para o meio rural não chegarem até a população rural, ou serem de difícil acesso. Normalmente a constituição e execução das políticas não agilizam a descentralização do acesso aos serviços integrados de saúde e a resolução da problemática aos trabalhadores. Dessa forma, suas liberdades individuais e coletivas permanecem restritas, o que agrava as expressões da questão social ali existentes, produzindo, por vezes, novas configurações da desigualdade.

Compreende-se, desse modo, que as políticas públicas sociais, segundo Pereira e Stein (2008), se configuram como estratégias governamentais para intervenção na sociedade, bem como uma forma de atender a demanda social imposta pelas relações capitalistas, expressões da questão social e da questão socioambiental, que interferem no direito e no acesso ao tratamento em saúde mental dos trabalhadores(as) rurais.

Segundo Rossini, Rotta e Borkovski (2017, p.1), no contexto brasileiro, no rol das políticas públicas, as políticas sociais são compreendidas

[...] como um conjunto de programas e ações, caracterizadas pela garantia da oferta de bens e serviços, transferências de renda e regulação de elementos do mercado, que visam alcançar a proteção e a promoção social.

Para Souza (2003), as políticas públicas são as formas de os governos democráticos colocarem em prática suas proposições de mudança na realidade socioeconômica. Rua (2009) corrobora essa ideia ao colocar as políticas públicas como procedimentos voltados a soluções de conflitos de forma pacífica para destinação de bens e recursos.

No Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural Sustentável - Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Rural Sustentável, linha de pesquisa: Desenvolvimento Territorial, Meio Ambiente e Sustentabilidade Rural, do qual esta pesquisa faz parte, enfatiza-se a importância da pesquisa e do estudo por aproximar do contexto a abordagem temática do planejamento e da gestão agrícola, ambiental e agroindustrial, abordando as evoluções tecnológicas, bem como as mudanças sociais necessárias para que ocorra um processo de produção e industrialização sustentável. Sob tal perspectiva formativa, discorre-se sobre a territorialização do ambiente, da sociedade e da formulação e execução de políticas públicas que compreendam as múltiplas dimensões que envolvem o desenvolvimento rural sustentável. Com esta pesquisa no contexto rural, também, buscou-se compreender o rural como território geográfico desprivilegiado pela maioria das políticas sociais e demais políticas, programas e ações específicas e afins, e se a lógica do cuidado em saúde mental permite o acesso aos serviços e atendimentos especializados em saúde mental para a população rural que deles necessita. (UNIOESTE, 2017)

Destaca-se que o recorte do tema saúde mental no contexto rural surgiu a partir do cotidiano de trabalho da pesquisadora como assistente social junto à equipe multidisciplinar no Centro de Atenção Psicossocial Dr. Jorge Nisiide “Lugar Possível” - CAPS II de Toledo - Paraná. Toledo pertence à área de abrangência da 20<sup>a</sup> Regional de Saúde do Estado do Paraná, e, no cotidiano de atendimento e nas triagens<sup>1</sup> do CAPS II, aparecem as dificuldades para acessar o serviço quando o domicílio é em área rural do município.

A área de abrangência da 20<sup>a</sup> Regional de Saúde e microrregiões, totaliza 18 municípios, dos quais foram elencados para a pesquisa três municípios (PDR, 2015), que são: Toledo, por ser o município de maior número de habitantes; Marechal Cândido Rondon, por ser o segundo município da Regional com maior população; e Diamante D'Oeste, por já haver

---

<sup>1</sup> Primeiro atendimento realizado na instituição com vistas à admissão no CAPS II para tratamento psiquiátrico e psicoterapêutico e grupos terapêuticos. Nessa fase, se faz um estudo das condições da saúde mental da pessoa em questão, buscando-se sintomas, início da doença, ambiente onde está inserido, relações sócio-familiares, econômicos.

uma aproximação com a pesquisa devido à disciplina obrigatória “Métodos de Pesquisa Interdisciplinares e Participativos”, cursada em 2018, pois, no decorrer dessa disciplina, foi desenvolvido um estudo sobre o potencial de Desenvolvimento Rural Sustentável do referido município.

Os questionamentos iniciais foram: de que forma e quais os serviços da política de saúde, mais especificamente da saúde mental, são de fato oferecidos nos três municípios elencados como objeto da pesquisa (Toledo, Marechal Cândido Rondon e Diamante D’Oeste) para a população rural? São acessados pela população do meio rural? Como são acessados por essa população? Com base nessa questão, surge a necessidade de realização de estudos de caso e, nesta proposta de estudo, elegeu-se como problema as condições de vida da população trabalhadora rural com transtorno mental, residente nos municípios elencados para esta pesquisa, aliadas às barreiras de acesso e à continuidade aos serviços de saúde mental, considerados determinantes fundamentais ao direito à saúde e à qualidade de vida no contexto do desenvolvimento rural sustentável. E, como objeto de estudo, direitos de acesso aos cuidados protetivos e tratamento em saúde mental no contexto rural. Os sujeitos da pesquisa foram pacientes com transtorno mental, que frequentam ou frequentaram Centro de Atenção Psicossocial- CAPS ou atendimento especializado em saúde mental, e o familiar que acompanha o usuário no atendimento e na vida diária. Foram elencados, também, os gestores das secretarias municipais desses três municípios e o gestor do CISCOPAR, totalizando 05 gestores.

Para tanto, definiu-se como objetivo geral da pesquisa analisar como se dá a garantia de direitos de acesso, barreiras e atendimento da população trabalhadora rural, em condição de adoecimento mental, ao serviço integrado de saúde, em três municípios pertencentes à 20<sup>a</sup> Regional de Saúde – Paraná, quais sejam: Toledo, Marechal Cândido Rondon e Diamante D’Oeste

Como objetivos específicos, elencou-se:

➤ verificar e analisar como se dá a garantia de acesso e atendimento da população trabalhadora rural em condição de adoecimento mental ao serviço integrado de saúde nos três municípios que pertencem à 20<sup>a</sup> Regional de Saúde – Paraná, quais sejam, Toledo, Marechal Cândido Rondon e Diamante D’Oeste.

➤ Fundamentar o tema Saúde Mental, território e serviços integrados de saúde mental às condições de vida, vulnerabilidades psicossociais e ambientais e acesso ao atendimento pelo trabalhador e trabalhadora rural;

➤ Identificar os serviços integrados de saúde implementados no âmbito da 20ª. Regional de Saúde e se as pessoas com transtorno mental residentes no meio rural têm acesso equitativo aos serviços especializados em saúde mental;

➤ Analisar se as formas de acesso e atendimento dos serviços de saúde nos municípios delimitados para o estudo contribuem para melhora do quadro de transtorno mental e de adoecimento no meio rural e enfrentamento de desigualdades sociais;

➤ Investigar o grau de dificuldade ou fragilização das condições de acesso em saúde mental às pessoas dos municípios definidos para a pesquisa.

Para compreender a realidade dos sujeitos em suas dimensões socioculturais e políticas, utilizou-se a perspectiva do materialismo histórico dialético, o qual é um “método de interpretação da realidade”. Foi fundamentado por Hegel e utilizado por Marx, permitindo, além da interpretação da realidade, ter-se a visão de mundo material e da práxis, que, por sua vez, é a aplicação da prática sustentada pela teoria e vice e versa. (PIRES, 1997, p. 85). A autora coloca ainda que esse método é caracterizado “[...] pelo movimento do pensamento através da materialidade histórica da vida dos homens em sociedade, [...]” (PIRES, 1997, p. 87).

A construção deste trabalho de pesquisa deu-se de acordo com uma abordagem qualitativa, que, de acordo com Richardson (2014, p. 79), “[...], além de ser uma opção do investigador, justifica-se, sobretudo, por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social”. Esse tipo de abordagem permitirá entender os sujeitos e os fenômenos a ele relacionados como um todo complexo, ou seja, sem desvincular o sujeito do contexto em que vive e age, bem como de sua perspectiva de ver, pensar e entender esse meio.

Seu enfoque é o da profundidade, ressaltando as particularidades e a complexidade dos fenômenos, comportamentos e situações. Na perspectiva qualitativa de abordagem do problema, há o pressuposto da existência de um vínculo indissociável entre o mundo objetivo dos fenômenos e a subjetividade do sujeito - subjetividade esta que não pode ser traduzida em números.

Partindo dessa premissa, utilizou-se a pesquisa qualitativa que, segundo Richardson (2014, p.79-80) é “[...] a busca por uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais dos fenômenos, procurando os aspectos subjetivos dos fenômenos e as motivações não explícitas dos comportamentos.”

Os instrumentais técnicos utilizados para a pesquisa de campo foram o questionário e a entrevista estruturada. Como metodologia de análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo.

Em termos éticos da pesquisa, esta foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, já com os questionários, termos de consentimento livre e esclarecido, autorização do campo de pesquisa e demais documentos necessários, os quais foram aprovados em fevereiro de 2019, com o Parecer nº. 3.178.550 CEP- UNIOESTE (ANEXO B).

Os sujeitos da pesquisa foram 05 gestores de serviços de atenção à saúde mental, 14 pessoas com transtornos mentais que frequentam ou frequentaram CAPS ou estão em tratamento especializado em saúde mental via CISCOPAR e 16 familiares totalizando 30 sujeitos usuários da política de saúde mental com uma amostra total de 35 sujeitos pesquisados.

No primeiro capítulo, são apresentadas reflexões acerca da saúde mental no espaço de vida e trabalho no contexto rural e as relações com o capitalismo, o direito ao desenvolvimento e a discussão sobre desenvolvimento rural, vinculando essas questões ao mercado e à sustentabilidade. Discute-se ainda o movimento do território e do ambiente na identificação e no reconhecimento das demandas em saúde mental e a especificidade do contexto rural e o transtorno mental.

No segundo, é abordada a política de saúde a partir da Constituição Federal, a Lei 8080/90, o financiamento da política de saúde, a reforma psiquiátrica e a lógica do cuidado a partir do território, bem como o direito de acesso aos serviços de saúde mental no espaço rural, relacionando-o à descentralização, ao matriciamento e à lógica do cuidado no território.

No terceiro capítulo, aborda-se a parte metodológica da pesquisa, com a apresentação da realidade pesquisada, abordando-se a realidade do CISCOPAR, da Atenção Básica e da Atenção Especializada nos municípios elencados para pesquisa.

No quarto capítulo, são apresentados os dados obtidos na pesquisa de campo e a respectiva análise, com base no aporte teórico levantado ao longo do trabalho e, finalmente, são tecidas as considerações finais acerca do objeto da pesquisa e dos resultados obtidos.

## 1 REFLEXÕES SOBRE SAÚDE MENTAL NO ESPAÇO DE VIDA E TRABALHO NO CONTEXTO RURAL (RE)DEFINIDO PELO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA

Momentos e sensações

Quando sofremos, estamos ameaçados.  
Então tudo ao redor escurece.  
Um momento que parece eterno.  
Mas aos poucos tudo se esclarece.

Alguma coisa te chama atenção.  
Não sei bem o que, mais pode ser tudo.  
E já não é mais sem intenção.  
Algo te atrai e te puxa no fundo.

Você começa a se sobressair;  
Ressurgências do fundo da alma;  
Sensações, emoções, vibrações musicais.  
A natureza ou qualquer coisa natural.

Alguém, algum, eu, começamos a ser tudo.  
A sementinha abrindo com fé no céu.  
E já estamos de novo renovados;  
Paz, Amor, Fé, clareza e é Deus.

(Vanderlei Spaniol)

Neste tópico, aborda-se o contexto rural e a sua especificidade no adoecimento mental frente às mudanças socioeconômicas, políticas e culturais ocorridas no modo de produção rural. Uma reflexão que se aproxima aos diferentes estágios de desenvolvimento entre as áreas urbanas e rurais, expressões manifestas de índices de desigualdades, garantias e violações de direitos e de condições de acesso a uma série de diferentes necessidades básicas para a qualidade de vida.

O contexto rural sempre foi remetido como um lugar de isolamento e atraso em relação ao espaço urbano. Contudo, suas singularidades e disparidades vêm sendo olhadas em contraponto ao urbano e se tornou alvo da discussão de inúmeros autores já há alguns anos sendo, portanto, esse conceito de rural foi (re)definido. Nesse sentido, buscamos em Abramovay (2000) a definição e concepção do rural. Esse autor afirma que, em vários países, incluído o Brasil, o rural está relacionado a um espaço que representa atraso, significando carência de serviços e questões vinculadas à cidadania ou à carência desta. Esse estigma manteve-se por um período considerável. Contudo, atualmente, vem sendo redefinido pelas mudanças socioeconômicas, políticas e culturais, recriadas e/ou produzidas pelo modo de produção capitalista industrial e a modernização industrial, que impulsionam o desenvolvimento da questão socioambiental, pela exploração dos recursos naturais.

O autor, em seu trabalho, apresenta definições diferentes, desenvolvidas em várias partes do mundo, o que permite-lhe afirmar que não há uma definição única de “rural”. Segundo Abramovay (2000, p. 6), na literatura internacional, três aspectos são convergentes em relação ao meio rural: “[...] a relação com a natureza, a importância das áreas não densamente povoadas e a dependência do sistema urbano.” Muito embora, segundo o autor, essa convergência não seja estatística, mas sim cultural. Dessa forma, o autor, com base em Galston e Baehler (1995 *apud* ABRAMOWAY, 2006, p.6), afirma que “A ruralidade supõe, em última análise, o contato muito mais imediato dos habitantes locais com o meio natural do que nos centros urbanos.” Pois, no meio urbano, acaba-se por ficar mais em contato com as estruturas criadas e modificadas pelo homem.

O rural, para Wanderley (2000, p. 30), é “[...] um singular espaço de vida”, com relações sociais específicas que, portanto, implicam necessariamente a análise do modo de vida e de reprodução social e econômica que foram estabelecidos nesse contexto. Para que se possa compreender verdadeiramente esse espaço, é necessário levar em conta as relações sociais ali estabelecidas como parte intrínseca do rural, espaço de vivência e, portanto, de relações sociais e de trabalho.

Para Wanderley (2013, p. 415), o rural “[...] não se resume às formas de produção agropecuária. O rural é um lugar de produção e também um lugar de vida e de moradia.” Sofre mudanças conforme a sociedade e a cultura onde está localizado, transformando-se conforme as mudanças socioeconômicas de cada país, se constituindo, desse modo, de acordo com Wanderley (2000, p.70), em uma categoria histórica. Portanto, o rural não pode ser vislumbrado somente pela visão econômica baseada na produção.

Para Endlich (2010), o rural deve ser abarcado como uma questão territorial devido ao fato de que o uso do solo e as atividades da população residente no campo não se restringem à agricultura, mas há uma gama diversa de atividades, que não apenas as primárias. Ainda para a autora, levando-se em consideração “os avanços humanos” e as contradições intrínsecas a esses avanços, tanto o urbano quanto o rural “[...] se referem a diferentes condições de vida” (p. 21). Sendo assim, a vida rural é uma situação em que a sobrevivência somente é viabilizada por meio de muito trabalho. Assim, impõem-se ao homem rural ritmos diferenciados de trabalho, mudanças em valores culturais e relação com a natureza e padrões de consumo.

Segundo Zanoni e Raynaut (2012, p.6), mesmo com toda a diversidade cultural, religiosa e referências sociais que o Brasil possui, face ao intenso movimento de migração pelo qual o país foi constituído, sempre houve uma forte pertinência da “noção de mundo

rural brasileiro”. Essa noção, ainda segundo os autores (idem), se manteve por levar em conta o papel das relações sociais. Mesmo havendo especificidades e diferenças locais, essa noção era influenciada pelo modelo das relações familiares, valores preservados e vivenciados pelas famílias, como a solidariedade, o respeito e a identificação coletiva, além da relação e da convivência mais íntima e direta com a natureza e o conhecimento em relação a esta e seus recursos, que, em sua completude, se tornaram um elemento identificador central, pois fortaleciam e mantinham essa noção de mundo rural nos espaços não predominantes de latifúndios e seus trabalhadores rurais.

Essa perspectiva de mundo rural, ainda segundo Zanoni e Raynaut (2012, p. 6), era perpassada por uma ruptura constituída pela oposição dos agricultores familiares, que preservavam os valores destacados anteriormente e viveram toda sua vida no campo, e os donos de latifúndios, que apenas interagem com a terra o estritamente essencial para manter as relações de controle de suas terras e dos trabalhadores a eles submetidos pela relação de empregador e poder.

Essa fratura, segundo os autores, se configurou “[...] no traço maior da situação agrária e orientou de modo determinante as escolhas das políticas públicas.” Com as mudanças e o movimento da modernização da agricultura, priorizaram-se os rendimentos da terra em detrimento dos camponeses que tiravam da terra a condição de sua “[...] existência material e social.” (ZANONI; RAYNAUT, 2012, p.7). Essa condição engendrou o êxodo rural, pois os camponeses ficaram à margem do mercado, perderam seus trabalhos; aqueles que não vieram para as cidades, permanecendo em suas terras e trabalhando no modo de produção familiar, além de terem seu capital técnico reduzido, com dificuldades para acessarem os insumos necessários para a produção, encontravam dificuldades para que seus produtos fossem escoados e chegassem ao mercado.

Essas dificuldades contribuíram para que houvesse atraso no meio rural, causando a miséria nesse contexto também, além de outras questões imbricadas no desenvolvimento desordenado no contexto urbano, como doenças provocadas pela falta de saneamento. Essas situações, dentre outras, estimularam o pensar e o buscar o “desenvolvimento de outras práticas agrícolas, mais sustentáveis de um ponto de vista econômico, social e ambiental [...]”. A necessidade de pensar o desenvolvimento agrícola se tornou pauta de reivindicações e “[...] objetivo político crucial para inúmeros grupos e associações que ainda permaneciam no campo.” A partir disso, o rural foi ressignificado, ou seja, deixa de ser visto como um espaço com relativo atraso e isolamento em relação ao urbano, imprimindo novo peso ao rural e às políticas nacionais, e o rural passou então, segundo Zanoni e Raynaut (2012, p. 8), “[...] a

ganhar a imagem de espaço geográfico e social onde soluções aos problemas contemporâneos do país deveriam ser procuradas.”

Para Wanderley (2013, p. 415), o rural “[...] não se resume às formas de produção agropecuária. O rural é um lugar de produção e também um lugar de vida e de moradia”, sofrendo mudanças conforme a sociedade e a cultura em que está localizado e se transformando conforme as mudanças socioeconômicas de cada país, se constituindo, de acordo com Wanderley (2000, p. 70), em uma categoria histórica. Portanto, não pode ser vislumbrado somente pela visão econômica, baseada na produção.

Marques (2002, p. 109) destaca que o rural é um espaço que:

[...] corresponde a um meio específico, de características mais naturais do que o urbano, que é produzido a partir de uma multiplicidade de usos nos quais a terra ou o “espaço natural” aparecem como um fator primordial, o que tem resultado muitas vezes na criação e recriação de formas sociais de forte inscrição local, ou seja, de territorialidade intensa. (MARQUES, 2002, p. 109)

Para Kayser (1990, 13 *apud* WANDERLEY, 2013, p. 88), o “[...] rural é um modo particular de utilização do espaço e de vida social[...]”, com relações específicas, mas também inter-relacionadas com o urbano, que utiliza o espaço de forma mais concentrada e com característica mais artificializada do que o meio rural. O urbano também se caracteriza por relações de trabalho assalariado, empresariais, industriais e comerciárias, mas, em essência, o urbano e o rural são interdependentes, pois, para que o urbano se mantenha, necessita do rural e, ao mesmo tempo, o rural depende do urbano para sua manutenção.

Além de o urbano e o rural não se contraporem, José Graziano da Silva (2001, p. 37) destaca que:

[...] há também a emergência de um novo rural, composto tanto pelo agribusiness quanto por novos sujeitos sociais: alguns neo-rurais, que exploram os nichos de mercados das novas atividades agrícolas (criação de escargot, plantas e animais exóticos etc.); moradores de condomínios rurais de alto padrão; loteamentos clandestinos que abrigam muitos empregados domésticos e aposentados, que não conseguem sobreviver na cidade com o salário mínimo que recebem; milhões de agricultores familiares e pluriativos, empregados agrícolas e não-agrícolas; e ainda milhões de *sem-terra*, excluídos e desorganizados, que além de não terem terra, também não têm emprego, não têm casa, não têm saúde, não têm educação e nem mesmo pertencem a uma organização como o MST para poderem expressar suas reivindicações.

Com a vinda dessa parcela da população para o rural, este passa a ter característica urbanizada, pois esses sujeitos trazem consigo demandas e características até então típicas do urbano, para o rural..

Wanderley e Favareto (2013, p. 415) afirmam em seu texto que “[...] o rural não é uma categoria a-histórica, que se possa definir de maneira essencialista, independentemente do tempo e do lugar.” Isso, pois, sofre as influências da história política, cultural e econômica enfim, dos modos de produção de cada país, principalmente, no contexto do capitalismo. À medida que este se estabelece na sociedade e avança para a forma mais agressiva em suas relações com o lucro, o rural também é afetado nas suas relações humanas, sociais e de produção, tendo, dessa forma, diferentes significados também para a população tanto do contexto rural quanto do contexto urbano.

A relação do homem do campo se modifica no contexto do capitalismo, no qual se tenta maximizar a produtividade de sua propriedade para acompanhar as relações econômicas, modelos de consumo etc. e, para muitos do meio urbano, passa a ser um local de lazer, refúgio, para passar finais de semana, feriados ou mesmo férias, longe do barulho e do movimento das cidades.

Contudo o rural pode e deve ser considerado um espaço privilegiado de relações socioeconômicas e familiares, nas quais a interação vai além das relações humanas, pois permitem a interação com a natureza, por meio da fauna, flora, recursos hídricos, facilitando e ampliando o despertar de emoções e cuidado. Essas interações com a natureza permitem um maior equilíbrio emocional, portanto, o rural, acima de tudo, é um espaço privilegiado de interações homem/natureza, de forma mais direta e intensa que no meio urbano, o que contribui na formação biopsicossocial e na saúde mental desses sujeitos.

Nesse sentido, há estudos segundo os quais crianças que ficam dentro de casa ou em instituições por muitas horas diariamente têm maior propensão ao adoecimento mental, pois não se relacionam com o meio ambiente, com a natureza. Strife e Downey (2009 *apud* SILVA; TIRIBA, 2014), afirmam que a exposição da criança à natureza é de grande importância do ponto de vista cognitivo, emocional e físico; o contrário, leva, segundo Silva e Tiriba (2014, p.62), a problemas de “desenvolvimento biopsicossocial”.

Grinde e Patil (2009 *apud* SILVA; TIRIBA, 2014, p. 62), destacam que a falta de experiências de interação com a natureza pode gerar “[...] estresse em seres particularmente suscetíveis, como as crianças. [...]” Esses autores, segundo Silva e Tiriba (2014),

Acreditam que isto explique porque doenças mentais são um dos mais graves problemas da nossa sociedade ocidental e urbana, e destacam os efeitos restaurativos da natureza, este estímulo complexo e envolvente que permite a associação entre prazer estético, bem-estar e saúde. (GRINDE; PATIL, 2009 *apud* SILVA; TIRIBA, 2014, p. 62).

Com o enfoque capitalista de produção, muitas vezes, o ambiente é esquecido como um espaço de vida e que requer cuidados de preservação. De acordo com Silva e Tiriba (2014, p. 89), “[...] a desigualdade social é o retroalimentador da dinâmica do crescimento capitalista, pois introjeta ideologicamente nos que têm menos quererem mais [...]”. Amplia-se, com isso, o consumo e, conseqüentemente, a reprodução do capital, aumentando, na mesma proporção, o desgaste da natureza para além do limite de sua capacidade de autorregeneração, tornando-se a “base material” para o aumento da produção de bens de consumo.

Portanto, e de acordo com os pilares estabelecidos e abordados por Sen (2010), o desenvolvimento precisa afiançar e efetivar uma relação equilibrada entre homem e natureza de forma a possibilitar uma vida digna, com a participação, o exercício da cidadania e o respeito à liberdade individual e coletiva e preservação ambiental.

Isso permite ao agricultor familiar, além do acesso e contato com a natureza para o desenvolvimento físico e mental saudável, também o acesso a ações e políticas diferenciadas que, por sua vez, permitem o acesso a melhores condições de vida e dignidade, por meio da distribuição de renda e redução da pobreza desse grupo social (GRISA; SCHNEIDER, 2015).

A população do contexto rural também está inserida na esfera da produção capitalista. Para tanto, precisa prover em sua propriedade, a partir de seu trabalho e das relações de compra e venda, a subsistência da família. O lucro obtido na propriedade é resultante do trabalho do produtor e sua família, a qual, muitas vezes, vive em condições precárias, com dificuldades para a manutenção de suas necessidades pessoais e produtivas, de acesso às políticas sociais básicas, como assistência social, habitação, educação, transporte, sem acesso, muitas vezes, a bens e serviços como residência digna, transporte particular e público, malha viária, saúde, alimentos de qualidade, água tratada, rede de esgoto, etc. Essas condições se apresentam até pela posição geográfica do território onde às propriedades rurais estão localizadas, pois ficam longe da sede do município. Normalmente, as políticas para o meio rural não chegam até o trabalhador rural ou são de difícil acesso, pois seguem regras que não agilizam o acesso aos serviços tampouco a resolução da problemática do agricultor. Com isso, instaura-se a restrição de suas liberdades individuais e coletivas, dificultando a oferta de escolas, unidades de saúde, assistência social, habitação ou mesmo o deslocamento de profissionais na área para atendimento no território. Assim, a população do rural tem maior

dificuldade para acessar a política de educação e de saúde, que são as mais utilizadas pela população de maneira geral. Quando se observa os serviços das políticas públicas como saúde, por exemplo, muitas vezes, se e quando chegam até o meio rural, não têm a qualidade e eficácia necessárias para essa população, que precisa, com frequência, se deslocar à sede dos municípios para o atendimento.

Negligências e fatos que acontecem também na educação, pois as escolas rurais, por baixo índice de alunos, na maioria das vezes, são fechadas, e os alunos levados para escolas na região urbana. Havendo avanços, mas não necessariamente desenvolvimento através ou a partir das políticas e serviços, o que deixa novamente as pessoas do meio rural privadas de liberdade de acesso específico para a sua realidade.

Processo semelhante ocorre em relação à moradia digna, pois as políticas de habitação também não chegam como deveriam ao agricultor/trabalhador familiar. Nas mesmas dificuldades, pode-se colocar o transporte. Como os coletivos normalmente não chegam às propriedades, a locomoção até as paradas nas estradas principais, geralmente, é feita a pé.

Segundo Pessoa (2003 *apud* Salvador 2011, p. 76), esse fato pode ser agravado e “[...] caracterizado por arriscadas condições climáticas, ausência de direitos mínimos sociais, ausência de infraestrutura produtiva e dificuldade de acesso aos mercados [...]”. Essa condição está diretamente ligada ao fato de a unidade familiar, conforme o autor, não ser homogênea, apresentando-se e se configurando como um núcleo de diversidade, o que conduz a práticas e condições também diversas. Fato esse que está atrelado ao desenvolvimento sociocultural e econômico de cada família e de seus componentes, o qual constitui-se de formas e em tempos diferentes, refletindo diretamente nas comunidades e nas propriedades de agricultura familiar na forma de gestão e de produção.

A população do contexto rural também está inserida na esfera da produção capitalista, por isso, precisa ter em sua propriedade, a partir de seu trabalho e das relações de compra e venda, lucros para prover a subsistência da família, que, muitas vezes, vive em condições precárias, principalmente, quando se observa o agricultor familiar, cujas condições são muito mais difíceis em termos de recursos econômicos para o desenvolvimento de sua propriedade, manutenção de suas necessidades pessoais e produtivas e acesso às políticas sociais básicas, como residência digna, transporte particular e público, malha viária, saúde, dentre outras.

De acordo com Enriquez (2014, p. 163), no modo de produção capitalista e na sociedade dos ocidentais, “[...] o trabalho tornou-se um atributo central da vida humana [...]”, contudo, aponta que há outros aspectos da vida humana que possuem a mesma importância quanto o trabalho, como a saúde, por exemplo, pois se o homem não possuir saúde para o

trabalho, não consegue realizar a ação do trabalho, quer seja como trabalhador atrelado a uma empresa, fábrica ou indústria, quer como agricultor. E, se o trabalho não possuir condições dignas para a manutenção da saúde do trabalhador, pode haver desenvolvimento econômico, porém não social.

Ludermir (2008 *apud* PAZ DE LIMA, 2014, p. 54) afirma que “[...] as dimensões econômicas, sociais, políticas e culturais [...]”, estão relacionadas à saúde mental “[...] expressando-se diferentemente nas classes sociais e nas relações de gênero [...]”, se constituindo segundo a organização mundial de saúde, também citada por Paz de Lima (2014, p. 54), em um problema que atinge sociedades em todos os níveis de desenvolvimento e as comunidades rurais também são vulneráveis.

Assim o não acesso ao aperfeiçoamento profissional, à saúde e ao tratamento especializado em saúde mental significa estar à margem de direitos fundamentais da pessoa humana, do desenvolvimento individual e coletivo; significa a exclusão do acesso a bens e serviços essenciais. O não acesso a essas condições impedem ou, pelo menos, retardam o desenvolvimento humano, social, cultural, produtivo e econômico da população no contexto rural.

Para que o desenvolvimento humano ocorra, uma das ações governamentais são as linhas de crédito destinadas a essa parcela da sociedade, via políticas voltadas ao rural como PRONAF, que se configurou na primeira política destinada direta e especificamente à agricultura familiar, pois, até então, se priorizavam as propriedades destinadas à produção para exportação, ou seja, as grandes propriedades voltadas ao agronegócio (MATTEI, 2006, p. 13).

Essa política, o Pronaf, cuja principal finalidade é viabilizar o desenvolvimento rural via acesso a crédito, desvelou ao pequeno produtor o acesso ao crédito rural, contudo, para esse acesso, se delineia o perfil do agricultor para considerá-lo apto para tal. Com isso, uma parcela desses pequenos agricultores caba sendo excluída por não ser considerada apta a acessar o crédito, inclusive, por burocracias relacionadas a documentos, mostrando-se então ineficiente para esse segmento, que continua em suas condições sem ver possibilidade de melhorias em sua produção, economia e qualidade de vida para o núcleo familiar (SHMITZ; AMARO, 2005).

Segundo Neto e Dimenstein (2017), no Brasil, um dos poucos estudos que se tem sobre o a população rural e suas condições de saúde, é o relatório da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG, 2013). Nesse estudo, segundo os autores, identificou-se principalmente

[...] os problemas de coluna, hipertensão, dores de cabeça constantes, disfunções gastrointestinais, alergia/problema de pele e insônia, ou seja, queixas que apontam para a possibilidade de sofrimento de base psicossocial que está associado às condições de vida e trabalho no campo (NETO; DIMENSTEIN, 2017, p. 462).

Para Neto e Dimenstein (2017, p. 464), em áreas rurais, a experiência de adoecimento mental tem em seu bojo singularidades relacionadas aos contextos de vida dessas pessoas, vinculando-se ainda à baixa escolaridade e questões de trabalho e financeiras, além de estar também relacionada “a fatores sociais, raciais, de gênero, econômicos, tecnológicos, organizacionais, ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza física, química, biológica, mecânica e ergonômica presentes nos processos de trabalho rural.”. Em muitos casos, o adoecimento mental leva à incapacidade laboral.

Faz-se de primordial importância levar em conta que, muitas vezes, as pessoas doentes mentalmente ou com a saúde mental afetada acabam por ficar sem condições de resolverem e assumirem atividades corriqueiras de vida diária, como o banho, o cuidado consigo e membros da família, gerando a perda de suas liberdades individuais, coletivas. Nessa condição, os demais precisam tomar as decisões por elas e realizarem ou ajudarem nas tarefas de vida diária, além das relativas à propriedade, o que pode gerar ainda mais desgaste e sobrecarga de trabalho ao núcleo familiar, fator que repercute diretamente na saúde física e mental do/a trabalhador/a.

Nessa perspectiva, há que se pensar que o modo de produção capitalista também influencia no modo de produção nas propriedades rurais e de produção familiar. A necessidade de obtenção de renda por meio da mão de obra se intensifica e na propriedade de cunho familiar, mesmo não sendo vendida a mão de obra, é por meio dela que se mantém a subsistência da família e suas necessidades pessoais e produtivas. Para tanto, acaba por intensificar-se o trabalho e a jornada de trabalho se torna extensa e desgastante, e, segundo Carneiro (2007, p.125), quando se detém o olhar ao trabalhador rural, sua jornada e condições de trabalho, fica clara a exploração excessiva deste nesse meio ambiente, e, de acordo com Marine (2000, p. 125) citado por Carneiro (2007, p.9), “[...] como também que estas ocorrem mesmo quando há progresso técnico e elevação da capacidade produtiva do trabalhador [...]”.

No meio rural, em busca da otimização da propriedade e aumento da margem de lucros por meio da produção, utilizam-se venenos em larga escala, uma vez que se acredita que o agrotóxico garante maior produtividade, sem os cuidados e orientações necessárias em

relação aos EPIs. Assim, o trabalhador acaba se contaminando na aplicação dos produtos e, posteriormente, no consumo de água dos mananciais poluídos, alimentos contaminados. Também se desmata mais do que necessário, planta-se de forma inadequada, sem que o solo seja preservado. Essas ações e condições refletem no próprio cuidado da vida e nas condições de dignidade da população, afetando o direito fundamental à saúde e saúde mental da população do contexto rural.

Segundo a Cartilha Agrotóxicos Perigosos, organizada por Luig *et al* (2020, p. 15), 7.200 casos de intoxicação por agrotóxicos foram registrados no Brasil em 2017, contudo, estima-se que há subnotificação dos casos e, portanto, esse número pode ser mais elevado. A Cartilha destaca, ainda, que no “[...] caso de doenças crônicas como o câncer, raramente a relação com agrotóxicos é registrada”. Esses autores chamam atenção para o fato de que dentre a população mais atingida e com maiores riscos relacionados à saúde “[...] estão trabalhadores que manuseiam diretamente os agrotóxicos e moradores de regiões em que esses produtos são fabricados ou aplicados.”

O agrotóxico, segundo estudos de Morin e Stunn (2018, p. 198), em estudo realizado na literatura de Benachour e Séralini, 2008; Fareed *et al*, 2013; Albuquerque *et al*, 2015; Furlong *et al*, 2015; Sekhatha, Monyeki e Sibuyi, 2016, os agrotóxicos trazem, além de agravos de doenças como câncer, outros agravos à saúde:

[...] relacionada à exposição e intoxicação crônica aos agrotóxicos, revelados em doenças cardiovasculares, morbidade respiratória, doença de Parkinson, transtornos da visão, ansiedade, depressão, confusão mental, hipertensão arterial e efeitos neurológicos diversos, dentre eles, suicídio. (MORIN; STUNN 2018, p. 198),

Ainda segundo Morin e Stunn (2018, p. 198), com base nos estudos de Goldberg e Huxley (1992), como problemas de saúde dos agricultores, associados ao uso de agrotóxicos podem ser ressaltados “danos à saúde mental desta população” cujas queixas ligam-se à “[...] irritabilidade, insônia, nervosismo, fadiga, dores de cabeça, esquecimento e falta de concentração[...]”, que podem ser associadas ou isoladas, mas têm sintomatologia “[...] depressivas, ansiosas, subjetivas e isoladas[...]” Os autores afirmam que “[...] os agrotóxicos utilizados na agricultura apresentam prejuízos à saúde mental pela sua capacidade neurotóxica. [...]”. (MORIN; STUNN, 2018, p. 198), portanto, contribuem para o adoecimento mental do agricultor.

Segundo o dossiê da Abrasco (2015), que apresenta um estudo de base populacional realizado no Rio Grande do Sul, “[...] 75% dos agricultores utilizavam agrotóxicos [...]” e, de modo mais intenso, por sete meses ao ano. Esse estudo mostrou ainda que “[...] 12% dos trabalhadores [...]” tiveram pelo menos uma intoxicação por agrotóxico ao longo da vida e “[...] 36% de prevalência de transtornos psiquiátricos [...]” nessa população. (CARNEIRO, 2015, p. 139).

Beseler (2014) fez uma análise e aponta a existência de vários estudos que demonstram a depressão como seqüela do envenenamento “agudo por pesticidas” e, em estudo realizado com 761 agricultores no estado de Colorado EUA, comprovou a relação da depressão com a intoxicação por pesticidas.

Uma série de estudos mostraram depressão de longa duração como uma seqüela de um envenenamento agudo por pesticida (Beseler et al. 2006; Reidy et al. 1992; Rosenstock et al. 1991; Savage et al. 1988; Stallones e Beseler 2002). Ter experimentado uma doença relacionada a pesticidas foi significativamente associado à depressão medida usando a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) em 761 residentes de fazendas do Colorado (BESELER *et al*, 2008)<sup>2</sup>.

Beseler *et al* 2008, com base em Salvi *et al* (2003), destaca que, no Brasil, em estudo realizado com fumicultores, foi identificado número de pessoas com depressão e transtornos de ansiedade superior ao esperado, como vemos na citação “[...] o número de indivíduos com depressão ou transtornos de ansiedade foi significativamente maior que o esperado, mas diminuiu após 3 meses sem exposição a OP (Piretróides e Organofosforados).” Uma exposição reduzida a OP após um período demonstrou a redução dos quadros, contudo, “O nível e a duração da exposição a pesticidas que resultam em depressão permanecem nucleares.” Os autores afirmam que a exposição a pesticidas resulta em depressão. Com base nessas pesquisas, fica clara a influência dos pesticidas e/ou agrotóxicos em alterações psíquicas/transtornos mentais em agricultores. De forma mais expressiva, pode-se relacionar a questão ao manejo direto das substâncias durante preparo e aplicação e a consequente contaminação via ar, água e alimentos.

Conforme Beseler (2014, p. 1713), com base em Kamel *et al*. (2005),

---

<sup>2</sup> A number of studies have shown longterm depression as a sequela of an acute pesticide poisoning (Beseler et al. 2006; Reidy et al. 1992; Rosenstock et al. 1991; Savage et al. 1988; Stallones and Beseler 2002). Having experienced a pesticide-related illness was significantly associated with depression measured using the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) in 761 Colorado farm residents (BESELER *et al*, 2008).

[...] por exemplo, sentir-se deprimido, indiferente ou retraído durante os últimos 12 meses, um dos muitos sintomas neurológicos auto-relatados examinados, foi associado à exposição cumulativa a pesticidas entre aplicadores de pesticidas licenciados no Agricultural Health Study (AHS)<sup>3</sup>

Ou seja, o autor afirma que entre aplicadores de pesticidas licenciados, um sintoma neurológico comum encontrado foi “[...] sentir-se deprimido, indiferente ou retraído durante os últimos 12 meses [...]”<sup>4</sup>.

Segundo Carneiro (2015, p. 197), em 2005, de todos os benefícios de auxílio doença concedidos pelo INSS, 11,6% eram relacionados a Transtornos Mentais e Comportamentais. De acordo com o levantamento de dados junto ao INSS, entre 2000 e 2009, dos 120,1 milhões de benefícios de auxílio doença e acidentes, concedidos por incapacidade<sup>5</sup>, 51,4 milhões foram para os trabalhadores do meio rural, cuja característica é o tempo de permanência do auxílio, segundo Delgado (2012 *apud* CARNEIRO, 2015, p.197).

Muitas vezes, as pressões e relações sociais estabelecidas no cotidiano do ambiente de trabalho tanto no meio rural quanto em fábricas, comércio, indústria, no âmbito doméstico, enfim nas diferentes instâncias e modalidades do trabalho, levam ao sofrimento psíquico, pois essas pressões e relações se estabelecem e se constroem com base no capitalismo, em que se prioriza o ter e não o ser, o produzir cada vez mais.

Segundo Moreira *et al* (2015, p. 1699), “[...] a saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza física, química, biológica, mecânica e ergonômica presentes nos processos de trabalho [...]”

Belyea e Lobao (1990 *apud* POLETTI; GONTIJO 2013, p. 5), em estudo realizado sobre saúde mental, na Carolina do Norte, com agricultores, afirmam que “[...] os resultados demonstram o processo de depressão através da vulnerabilidade econômica, avaliação cognitiva negativa de uma situação e a ineficácia dos mecanismos para enfrentar as situações”

<sup>3</sup> Tradução livre realizada pelo pesquisador.

<sup>4</sup> For example, feeling depressed, indifferent, or withdrawn during the last 12 months, one of many self-reported neurologic symptoms examined, was associated with cumulative pesticide exposure among licensed pesticide applicators in the Agricultural Health Study (AHS). (BESELER *et al*, 2008)

<sup>5</sup> Para o INSS, “[...] esse termo trata da incapacidade do trabalhador para exercer as suas funções habituais, sendo causada por doença ou acidente. Ou seja, trata-se da falta de capacidade para exercer o trabalho. Em relação à duração, ela pode ser classificada em dois tipos: temporária: quando tem uma previsão de recuperação, sendo reversível; Permanente: quando não tem previsão de recuperação, ou seja, é irreversível. Além disso, a incapacidade pode ser classificada em relação ao grau da seguinte forma: parcial: quando limita ou reduz o desempenho das atividades para o trabalho, permitindo a reabilitação para outras atividades; total: quando impede o desenvolvimento das atividades laborais, não sendo possível a reabilitação. Entender os tipos de incapacidade é fundamental para definir quais são os direitos do segurado, tendo em vista que cada benefício é devido em situações específicas, dependendo da classificação” (FAGUNDES, 2019. s.p.).

causadas por intempéries, dificuldades de acessar créditos rurais. Também pode estar associado a políticas sociais desiguais, ao difícil acesso da população rural às mesmas devido a critérios e burocracias estabelecidas e de difícil cumprimento.

Esse é um aspecto importante a ser considerado em relação à saúde no meio rural, cujos problemas, muitas vezes, decorrem das condições e jornadas extenuantes de trabalho (quer por falta de tecnologias quer por busca de melhores condições econômicas, ou a necessidade de consumo imposta pelo modelo societário capitalista), das intempéries e seus reflexos nas condições de trabalho e produção da propriedade, das consequências econômicas, que geram angústias, ansiedade e sofrimento mental, responsáveis, em casos agudos/crônicos da doença, pela incapacidade para o trabalho.

Entre as doenças relacionadas ao trabalho mais frequentes estão as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT); formas de adoecimento mal caracterizadas e sofrimento mental que convivem com as doenças profissionais clássicas, como a silicose, intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos. (BRASIL, 2011, p. 14)

Quando se fala em transtorno mental, Paz de Lima (2014, p. 54) destaca que esse afeta “[...] pessoas de todos os países e sociedades, bem como indivíduos em todas as idades, mulheres e homens, ricos e pobres, em ambientes urbanos e rurais”. O autor afirma ainda que “as doenças mentais não têm recebido a mesma importância despendida à saúde física, principalmente, quando se trata dos países em desenvolvimento.”

Contudo, de acordo com a matéria publicada pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná Saúde Mental, “[...] a Saúde Mental de uma pessoa está relacionada à forma como ela reage às exigências da vida e ao modo como harmoniza seus desejos, capacidades, ambições, ideias e emoções” (PARANÁ, 2017, s.p.). Dessa forma, pode ser prevenida, reduzindo-se os fatores que podem desencadear a doença mental, como estresse, por exemplo, ocasionado pelas condições de trabalho e produção, pela inconstância climática, que afeta diretamente o trabalho e o resultado do trabalhador rural em termos de produção e, por consequência, economicamente. Esse quadro gera angústias, ansiedade e sofrimento mental, podendo, em casos agudos/crônicos da doença, gerar a incapacidade para o trabalho. Sampaio, Hitomi e Ruiz (1995, p.65) afirmam que “[...] o trabalho nos situa na hierarquia social de valores, visível no prestígio social de algumas profissões frente a outras [...]. Assim, o trabalho nos remete para possibilidades diferentes de consumo, felicidade, adoecimento e morte.” Em relação ao adoecimento, pode ser físico (mais comum), e/ou mental.

Na questão do trabalho no meio ou na propriedade rural, as relações e pressões se constituem em fator de adoecimento, pois os agricultores também voltam sua produção à lógica da obtenção de lucros e de consumo para o modelo da sociedade capitalista. Com isso, acabam por aumentar o volume de produção, gerando a super exploração de sua mão de obra e da família, o que gera desgastes à saúde, agravados pela exposição às intempéries climáticas, bem como à exposição a agrotóxicos pela manipulação direta desses sem os EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) necessários à proteção e pelo consumo de água e alimentos contaminados.

De acordo com Ringgenberg (2017, s.p.), “[...] o uso de agrotóxicos está deixando de ser uma questão relacionada especificamente à produção agrícola e se transformando em um problema de saúde pública e preservação da natureza”. Ringgenberg (2017, s.p.) realizou uma pesquisa durante 19 anos nos EUA e chegou à conclusão de que “[...] trabalhadores rurais apresentavam índices 3,6 vezes mais altos de morte por suicídio do que qualquer outra profissão”. A sujeitora observou também que o estresse dos agricultores ocorre por “[...], longos dias de trabalho, poucos dias de folga, os cuidados com membros da família, o relacionamento com familiares e vizinhos, o trabalho em um mundo em constante transformação, [...] e, é claro, o clima. [...]”

Nossa sociedade se apresenta como uma sociedade de riscos, tanto de riscos à integridade do meio ambiente, bem como à saúde do homem e de sua própria existência. Segundo Porto (2012, p. 33), esses riscos ocorrem pelo “[...] desenvolvimento econômico e tecnológico, estejam eles presentes no ambiente onde as pessoas trabalham, moram ou circulam, [...]” e podem se apresentar em riscos muito graves ou não. O enfrentamento destes fatores envolve ações políticas, sociais, econômicas e conceituais, que possibilitem a compreensão desses riscos a partir da realidade sócio-familiar-política das pessoas e o desenvolvimento de formas de enfrentamento em todas as instâncias da sociedade, de forma individual e coletivamente. Atualmente, observam-se inúmeros riscos à saúde, seja na forma de falta de água potável, saneamento, seja na forma de gases tóxicos produzidos por indústrias, agrotóxicos utilizados nas lavouras que se disseminam pelo ar, água, solo e alimentos, causando doenças na população.

Essas doenças, segundo Porto (2012), são mais comuns nos trabalhadores atingidos diretamente pelo uso ou contato direto com agrotóxicos. Acentuam-se em populações mais vulneráveis, fazendo-se necessárias mudanças estruturais para que esses riscos possam ser controlados e reduzidos drasticamente. Isso requer condições de compreensão das relações de trabalho, do entorno, do meio onde se vive, dos riscos reais, e daqueles que podem ser

reduzidos, quer no meio ambiente quer no ambiente de trabalho, com relações e condições que possam garantir e manter a saúde física e mental do trabalhador e de seus familiares.

Assim, a impossibilidade de acesso ao aperfeiçoamento profissional, à saúde e ao tratamento especializado em saúde mental significa estar à margem de direitos fundamentais da pessoa humana, enfim, à margem do desenvolvimento individual e coletivo, do acesso a bens e serviços essenciais, pois o não acesso a essas condições impede, ou pelo menos retarda, o desenvolvimento humano, social, cultural, produtivo e econômico da população no contexto rural, cuja organização única, não pode ser pensada na perspectiva do urbano para que tenha eficácia.

Quando se discute a saúde mental do/a trabalhador/a rural, é imprescindível que se faça uma análise, ainda que brevemente, do desenvolvimento rural no contexto do desenvolvimento como um todo, pois estão intrinsecamente ligados e são codependentes para a efetividade.

### 1.1 O DIREITO AO DESENVOLVIMENTO E A DISCUSSÃO SOBRE DESENVOLVIMENTO RURAL

Para se falar em desenvolvimento rural, é preciso inicialmente definir o desenvolvimento como um todo, pois um depende do outro para a efetividade. Assim, buscaram-se as definições em Schneider (2007) e Sen (2010). Schneider (2007, p. 4) traz o desenvolvimento como sendo “um fenômeno de natureza social” uma vez que é intrínseco à coletividade humana que, por meio de suas ações, desenvolve relações “[...] e interações práticas, normativas, cognitivas e simbólicas que visam o seu bem-estar.”

Para Schneider (2007), o desenvolvimento rural no Brasil esteve atrelado, na visão de vários estudiosos, à ideia de que é um “conjunto de ações do Estado e dos organismos internacionais destinadas às intervenções nas regiões mais pobres e atrasadas, especialmente o Nordeste”. As discussões apontadas por Schneider (apresentadas acima) trouxeram e fortaleceram o debate acerca do desenvolvimento rural, bem como de ações por meio de políticas públicas/sociais destinadas e esses aspectos considerados preponderantes para o desenvolvimento rural.

Segundo o mesmo autor, a partir da década de 1990, o desenvolvimento rural passa a ser visto com certa desassociação do Estado, em razão de mudanças que ocorreram na sociedade civil e no Estado, mas ainda sendo direcionado pelas ações governamentais, “[...] como a política de reforma agrária, crédito para agricultura familiar, apoio aos territórios

rurais, estímulo a ações afirmativas para mulheres, aposentados, negros, etc” (SCHNEIDER, 2007, p. 7).

Quando se remete à questão do trabalho, percebe-se este como possibilitador do desenvolvimento, da sociabilidade e da produção de bens, serviços e produtos no contexto da produção e o surgimento do modo de produção capitalista, no qual o lucro é o principal objetivo. O lucro, por sua vez, é obtido por meio da venda do produto, resultado do trabalho/ação do homem sobre a natureza e, portanto, gera-se o desenvolvimento, contudo, não igual para todos.

Sen (2010, p. 18) afirma que o desenvolvimento precisa ter em seu bojo as liberdades tanto individuais como sociais, ou seja, o desenvolvimento precisa propiciar que o indivíduo tenha liberdade social e econômica por meio dos “avanços tecnológicos ou da modernização”, permitindo que se remova, segundo o autor, “[...] a pobreza e tirania, carência de oportunidades [...], negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva de Estados repressivos”.

Corroborando esta ideia do desenvolvimento e a necessidade das liberdades individuais e coletivas trazidas pelo autor, tem-se a Declaração da ONU sobre o Direito ao Desenvolvimento (1986), cujo artigo 1º, §1º, dispõe que:

O direito ao desenvolvimento é um direito humano inalienável, em virtude do qual toda pessoa e todos os povos estão habilitados a participar do desenvolvimento econômico, social, cultural e político, para ele contribuir e dele desfrutar, no qual todos os direitos humanos e liberdades fundamentais possam ser plenamente realizados (ONU, 1986, s.p.).

Então o desenvolvimento precisa promover o empoderamento sociocultural, educacional e político do cidadão, pois implica, no mesmo documento, em seu §2º, “[...] a plena autodeterminação [...], exercício de seu direito inalienável à soberania plena sobre todas as suas riquezas e recursos naturais.” Do contrário, o desenvolvimento não é alcançado. (ONU, 1986, s.p.).

Peres (2009, p. 1996) afirma que o nível de desenvolvimento de uma nação influencia as relações entre saúde, trabalho e ambiente de forma direta, pois na medida em que um país se desenvolve socialmente e economicamente, os índices de saúde melhoram proporcionalmente, reduzindo as situações de doenças de forma geral e deixando mais evidente as diferenças globais e regionais. Segundo o mesmo autor, com o desenvolvimento

socioeconômico, “[...] a dimensão local dos problemas de saúde e ambiente originados nos processos produtivos é superada”.

Contudo, se faz necessário pensar o mercado como uma das dimensões do desenvolvimento rural, pois, como Sen (2010, p. 22) afirma, o aspecto econômico “[...] tem um papel básico na vida social”. Portanto, precisa ser considerado como uns dos fatores que contribuem com o desenvolvimento, que se dá pelos mercados, aos quais, muitas vezes, o acesso é negado aos pequenos agricultores e produtores, pois estão “[...] sujeitos à organização e restrições tradicionais”. Portanto, é necessária a modernização dos modos de produção e das políticas públicas, que devem ser estruturadas e estendidas ao meio rural, principalmente, ao agricultor familiar, para haver concomitantemente o desenvolvimento rural.

Segundo Abramovay, (1999, p. 2), “[...] o desenvolvimento rural não acontecerá espontaneamente como resultado da dinâmica das forças de mercado”. Fazem-se necessárias políticas estruturadas que promovam o desenvolvimento, além da mudança na forma como o meio rural é visto pela elite brasileira, bem como suas expectativas em relação ao segmento, “[...] cujo esvaziamento social, cultural e demográfico é visto quase sempre como o corolário do próprio desenvolvimento”.

Para Schneider (2010, p. 515/517), a discussão sobre o desenvolvimento rural tem quatro fatores que são seus pontos estruturantes, quais sejam:

1. A trajetória das discussões em torno da agricultura familiar e de seu potencial como modelo social, econômico e produtivo para a sociedade brasileira;
2. A crescente influência e ação do Estado no meio rural, que se deu tanto através das políticas para a agricultura familiar como das ações relacionadas à reforma agrária, segurança alimentar, entre outras;
3. Mudanças no âmbito político e ideológico;
4. Sustentabilidade ambiental.

Segundo Schneider e Escher (2011, p. 186), com base em Bebbington (2001) e Schneider (2010), o desenvolvimento rural diz respeito tanto aos processos e ações que influem na melhoria das condições objetivas de reprodução social das populações rurais quanto às relações das populações e do espaço rural com os demais processos de mudança econômico-ambiental, técnico-tecnológico, sociocultural, político-institucional, ético-moral, em uma gama mais ampla de relações com toda a sociedade.

Segundo Sen (2010), todo indivíduo sofre influência da economia, “liberdades políticas”, poderes sociais e de condições que lhe permitem usufruir “boa saúde, educação

básica”, além de oportunidades de participação em escolhas sociais e decisões públicas. Assim, o desenvolvimento rural vai além de questões econômicas e tecnológicas, relacionando-se diretamente às questões de qualidade de vida, participação e acesso aos serviços para as condições de vida com dignidade no meio rural, fatores que implicam a integralidade de ações e cuidados, consigo e com a unidade familiar.

Para tanto, se faz de primordial importância que o desenvolvimento rural atinja um patamar que implique e force a mudança e ampliação nos conceitos socioculturais, políticos, ambientais, econômicos, educacionais e de saúde que perpassam a população do meio rural e garantam uma relação de equilíbrio entre homem e natureza, entre políticas sociais e acesso, permitindo a participação social e o desenvolvimento individual e coletivo de forma a garantir a dignidade do homem que tem seu modo de vida e reprodução social diretamente entrelaçado e dependente da terra.

Ignacy Sachs (2008) contribui com a ideia de que o desenvolvimento rural precisa ser sustentável, ou seja, deve ser capaz de levar em conta as condições e possibilidades de desenvolvimento individual, a preservação ambiental, bem como as relações de trabalho e econômicas dessa população, potencializando a ampliação para as condições de saúde de cada um.

Sachs (2008) destaca que há cinco pilares diretamente implicados no processo do desenvolvimento sustentável. São eles: social, ambiental, territorial, econômico e político.

a) Social, fundamental por motivos tanto intrínsecos quanto instrumentais, por causa da perspectiva de ruptura social, que paira de forma ameaçadora sobre muitos lugares problemáticos do nosso planeta; b) Ambiental, com as suas duas dimensões (os sistemas de sustentação da vida como provedores de recursos e como “recipientes” para disposição de resíduos); c) Territorial, relacionado à distribuição espacial dos recursos das populações e das atividades; d) Econômico, sendo a viabilidade econômica a *conditio sine qua non* para que as coisas aconteçam; e) Político, governança democrática é um valor fundador e um instrumento necessário[...]; a liberdade faz toda a diferença. (SACHS, 2008, p. 15)

Com base nesses pilares, o desenvolvimento rural sustentável precisa afiançar e efetivar uma relação equilibrada entre homem e natureza, possibilitando uma vida digna, com a participação, o exercício da cidadania, as condições de moradia, educação, assistência, saúde e o respeito à liberdade individual e coletiva e preservação ambiental de modo a conciliar esses fatores à sociedade moderna, a qual, segundo Hall (2006, p. 3), se configura “[...] em uma forma altamente reflexiva de vida, alterando assim o caráter das práticas sociais[...]”, e conseqüentemente do conhecimento.

Em suma, o desenvolvimento rural implica condições de acesso a bens e serviços essenciais para o desenvolvimento econômico, produtivo, educacional, ambiental, político e social, enfim, o desenvolvimento humano individual e coletivo.

Contudo, o mercado precisa ser tomado como uma das dimensões do desenvolvimento rural. Nesse sentido, Sen (2010, p. 22) assegura que o aspecto econômico “[...] tem um papel básico na vida social” e, portanto, precisa ser considerado como um dos fatores que contribuem com o desenvolvimento, que se dá pelos mercados, aos quais, muitas vezes, os pequenos agricultores e produtores têm o acesso negado haja vista estarem “[...] sujeitos à organização e restrições tradicionais”. Portanto, a modernização dos modos de produção e das políticas públicas de desenvolvimento são imprescindíveis, sendo necessário que se estruturam e se estendam ao meio rural, principalmente, ao agricultor familiar, para haver concomitantemente o desenvolvimento rural.

O desenvolvimento rural, em termos conceituais, de acordo com Navarro (2001, p. 88) sofreu mudanças com o decorrer do tempo e pode ser analisado posteriormente ao período em que foi inicialmente definido, como “[...] referindo-se às análises sobre programas já realizados pelo Estado [...], visando a alterar facetas do mundo rural a partir de objetivos previamente definidos”. O desenvolvimento rural se configura e está relacionado à elaboração de uma “ação prática” para o futuro, qual seja, implantar uma estratégia de desenvolvimento rural para um período vindouro, sendo, dessa forma, o “[...] desenvolvimento rural também campo de produção do conhecimento e sujeito a arquiteturas analíticas inspiradas por tradições teóricas diversas e, muitas vezes, divergentes entre si.” (NAVARRO, 2001, p. 90).

Ainda para Navarro (2001, p. 89), o desenvolvimento rural se configura e está relacionado à elaboração de uma “ação prática” para o futuro, qual seja, implantar uma estratégia de desenvolvimento rural para um período vindouro. Sendo dessa forma, o “[...] desenvolvimento rural também é campo de produção do conhecimento e sujeito a arquiteturas analíticas inspiradas por tradições teóricas diversas e, muitas vezes, divergentes entre si”.

Para tanto, é de primordial importância que o desenvolvimento rural atinja um patamar que implique e force a mudança e ampliação nos conceitos socioculturais, políticos, ambientais, econômicos, educacionais e de saúde, os quais perpassam a população do meio rural, e garanta uma relação de equilíbrio entre homem e natureza, entre políticas sociais e acesso de modo a permitir a participação social, o desenvolvimento individual e coletivo e garantir a dignidade do homem que tem seu modo de vida e reprodução social diretamente dependente da terra.

Nesse sentido, Sachs (2008) contribui com a ideia de que o desenvolvimento rural precisa ser sustentável, ou seja, deve ser capaz de levar em conta as condições e possibilidades de desenvolvimento individual de cada sujeito nesse contexto, a preservação ambiental, bem como as relações de trabalho e econômicas desta população.

De acordo com Boff (2010; 2012), a sustentabilidade é a “[...] capacidade de conservar o capital natural, [...]” para as futuras gerações, e implica também condições para que este capital se refaça, seja um ambiente seguro, e, portanto, diretamente relacionado aos direitos humanos.

A ONU definiu sustentabilidade no relatório Brundland, (1987) como desenvolvimento sustentável que “[...] é aquele que atende as necessidades das gerações atuais sem comprometer a capacidade das gerações futuras de atenderem às suas necessidades e aspirações”, pensando na sustentabilidade do planeta Terra e do próprio homem.

Em 1992, aconteceu a Rio-92, que teve como resultado a elaboração da Agenda Global 21, documento que traduz um pacto entre governos e sociedade, cujo teor é o estabelecimento de “[...] compromissos para o desenvolvimento sustentável ainda no século XXI.” (IRVING e OLIVEIRA, 2012, p.28). Este documento foi desdobrado e se organizaram “agendas 21, nacionais, estaduais e locais”, voltadas ao desenvolvimento sustentável nesses âmbitos. No caso do Brasil, um dos objetivos é o de “intensificar e universalizar ações de promoção à saúde, prevenção e controle de doenças e de assistência integral.” (IRVING; OLIVEIRA, 2012, p. 29)

A ONU, no ano de 2000, estabeleceu os 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM, dentre os quais se destacam a erradicação da pobreza e a fome, o que implica, de forma direta, a promoção da prosperidade e bem-estar geral da população, principalmente, da população considerada de risco socioambiental. É, portanto, necessária a proteção do meio ambiente e mitigação das mudanças climáticas por meio do objetivo 7: garantir a sustentabilidade ambiental., conseqüentemente, garantindo-se acesso a alimentos de qualidade e também acesso à água potável, realizando a sustentabilidade humana (IRVING; OLIVEIRA, 2012).

No sentido de executar os ODMs, em novos encontros como o de Johannesburgo (2002) e Rio+20 (2012), nos quais são observadas novas questões sociais e também ambientais, diante das quais estabeleceram-se novos objetivos e ações que estão postos na chamada Agenda 2030<sup>6</sup>. Estas ações são previstas para serem desenvolvidas nos próximos

---

<sup>6</sup> Da Agenda 2030 é definida, por Antônio Guterres, Secretário Geral da ONU, como a *Declaração Global de Interdependência*.

quinze anos no sentido de abordar e implementar ações consideradas cruciais para a humanidade e para o planeta. Assim, esta agenda contempla os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS, que são 17, e se justificam pela criação e fortalecimento de uma cultura de sustentabilidade e responsabilidade na humanidade, por gestores, políticos e população em geral.

Dentre os 17 objetivos propostos pela ONU, destacam-se as ações voltadas para a erradicação da pobreza, promoção da prosperidade e bem-estar geral, proteção do meio ambiente e mitigação das mudanças climáticas, adoção de práticas de produção e consumo mais sustentáveis. Isso requer políticas específicas que sejam funcionais e, principalmente, exigidas e sustentadas por meio de financiamentos voltados para essas finalidades ou para políticas direcionadas a esses objetivos, trabalho de educação voltado à concretização desses objetivos e ações para que se atinja a sustentabilidade, destacando-se, contudo, que os 17 ODS são tridimensionais no sentido de abranger o aspecto econômico, social e ambiental, estando intrinsecamente relacionados, indissociáveis na execução e garantia da sustentabilidade do planeta. .

Um meio ambiente equilibrado, ou seja, um ambiente sustentável, apesar de ser um direito humano, só poderá realmente ser alcançado com mudanças de atitude, de valores éticos, espirituais, educacionais, a partir dos quais se possa resgatar o cuidado com a vida, para além do aspecto econômico, ambiental e social da distribuição e gestão dos recursos e bens naturais, obtendo-se a verdadeira sustentabilidade e com condições de se manter a médio e longo prazo. (BOFF, 2010)

Boff (2012, p. 1) define sustentabilidade como:

Toda ação destinada a manter as condições energéticas, informacionais, físico-químicas que sustentam todos os seres, especialmente a Terra viva, a comunidade de vida e a vida humana visando à continuidade e ainda atender as necessidades da geração presente e das futuras de tal forma que o capital natural seja mantido e enriquecido em sua capacidade de regeneração, reprodução e coevolução.

A sustentabilidade precisa ser pensada com alternativas que viabilizem o cuidado com o solo, vegetação e, conseqüentemente, com a vida humana em condições dignas e com qualidade. A sustentabilidade implica em compreendermos que coexistimos como seres interdependentes do meio ambiente, formando a rede da vida (BOFF, 2010; 2012). Assim, a sustentabilidade implica melhores condições socioeconômicas, com alternativas de uso da terra forma a mantê-la produtiva e sustentável, repercutindo diretamente na qualidade de vida

e saúde da população, pois saúde não é apenas ausência de doença, mas também o bem-estar físico e mental (ONU, 2015), obtido com condições de dignidade humana e de um ambiente saudável e equilibrado, de segurança alimentar e nutricional, ou seja, sustentável, pois as condições necessárias para ter saúde envolvem o território como *locus* privilegiado de moradia, convivência e espaço de vida e cuidado com a saúde humana.

## 1.2 O MOVIMENTO DO TERRITÓRIO E DO AMBIENTE NA IDENTIFICAÇÃO E NO RECONHECIMENTO DAS DEMANDAS EM SAÚDE MENTAL

Busca-se, neste item, abordar o território como espaço para o cuidado em saúde em suas diferentes dimensões. Dessa forma, buscou-se trabalhar as definições de território na área geográfica em Santos (1978, p. 42-43), segundo o qual, para pensarmos em espaço e seu desenvolvimento, é preciso ter em mente que o tempo está atrelado à história, pois, para este autor, “[...] a sociedade evolui, no tempo e no espaço. [...]” e o espaço se constitui a partir de “uma sociedade em movimento permanente e uma paisagem em evolução permanente. [...]” Para o autor ainda, “[...] Somente a partir da unidade do espaço e do tempo, das formas e do seu conteúdo, é que se podem interpretar as diversas modalidades de organização espacial.”

Santos (1978, p. 122) traz o espaço “[...] como um conjunto de formas representativas de relações sociais do passado e do presente e por uma estrutura representada por relações sociais que se manifestam através de processos e funções.” Esses processos e funções se constituem na práxis do homem e do seu coletivo, por meio da qual se torna possível a reprodução das relações sociais. Relações essas que, segundo o autor, resultam no espaço.

Partindo dessa premissa, a práxis conduz a sociedade a um movimento que, por sua vez, faz com que o espaço evolua. Nesse processo, o próprio espaço, segundo o autor (SANTOS, 1978, p. 171), “[...] por suas características e por seu funcionamento, pelo que ele oferece a alguns e recusa a outros, pela seleção de localização feita entre as atividades e entre os homens, [...]”, responde à práxis e delinea o desenvolvimento desse espaço, pois, conforme Santos (1978, p. 145), “[...] o espaço organizado pelo homem é como as demais estruturas sociais, uma estrutura subordinada-subordinante. Assim, de forma similar a outras instâncias, “[...] o espaço dispõe de certa autonomia” mesmo sendo “[...] submetido à lei da totalidade.”

Nesse sentido, a categoria espaço está historicamente vinculada à geografia e a definição desse espaço geográfico, segundo Santos (1988, p. 28), “[...] é um conjunto indissociável de sistemas de objetos (fixos) e de ações (fluxos) que se apresentam como

testemunhas de uma história escrita pelos processos do passado e do presente.” Para o autor, o espaço é ainda “[...] o resultado da soma e da síntese, sempre refeita, da paisagem com a sociedade através da espacialidade. [...]” (p.26). Portanto, se leva em conta tudo que é criado pelo homem ou pela natureza, que não tem movimento, os fixos; e as ações, funções que possuem movimentos, os fluxos.

Para Monken *et al* (2008), o espaço se apresenta, portanto, como um conceito transversal e interdisciplinar com várias possibilidades de uso na área da saúde, permitindo-se compreender a vivência e a percepção do homem em seus diferentes habitats, suas subjetividades e as identidades constituídas a partir dessas relações imprimem valor à construção do espaço geográfico, configurando-o como social e cultural.

Nesse espaço, tem-se o território e o ambiente, que passam a fazer parte da área da saúde, quando há a necessidade de se transpor as barreiras entre as ciências em função de “[...] mudanças econômicas, políticas e culturais[...]” as quais exigem “[...] novas ferramentas teóricas, metodológicas e conceituais para a compreensão do mundo”. (MONKEN *et al*, 2008, p. 23)

Para Santos, Souza e Silveira (1998, p. 16), “O Território são formas, mas o território utilizado são objetos e ações, sinônimo de espaço humano, espaço habitado. [...]”, ou seja, espaço onde acontece a ação humana, relações socioculturais, econômicas, políticas, enfim, espaço onde se tecem as redes das relações humanas.

Ainda para Santos (2003, p. 14), o território é mais do que “[...] um conjunto dos sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostas; o território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si. [...]; o território é o fundamento do trabalho; o lugar da residência; das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida [...].”

Para Saquet (2007, p. 163), o Território “[...] vem-a-ser, acontece na sua unidade interna e externa, numa relação entre sujeitos historicamente condicionados. [...].”

Ainda para este autor (2003), os territórios estão em constante e permanente movimento, portanto, em “[...] constante construção, desconstrução e reconstrução”. Isso ocorre pelo fato de o território ser dinâmico e formado não apenas por divisas geográficas, mas principalmente pelo fato de ser construído na e a partir das relações estabelecidas pelos sujeitos que ocupam este espaço geográfico. É, portanto, constituído na história e seu movimento, “[...] apropriado e construído socialmente, resultado e condição do processo de territorialização; [...]” (SAQUET, 2007, p.4).

Nesse processo, há diferentes ritmos, tradições, identidades, relações de poder, uso e manejo da terra, políticas públicas, dentre outras questões que compõem o território e

constituem a territorialização, a desterritorialização e a reterritorialização. O autor destaca, com base em Hussy (2002), que “[...] cada grupo social com sua territorialidade, define territórios singulares e distintos [...] multidimensionais.” E, podem, assim, assumir formas diferentes, tais como “área, área-rede, rede-rede, ou ainda manchas, [...]” (SAQUET, 2011, p. 218).

Firpo *et al* (2007, p. 26) definem território como “[...] o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência de trabalho, de renda, de moradia, de acesso à educação, inseridos em contextos econômicos e produtivos, ecológicos e culturais.” Para esses autores, “[...] todo território possui dinâmicas, recursos, saberes, poderes e disputas que precisam ser reconhecidos pelos profissionais e sistema de saúde”. Caso não haja a identificação e o reconhecimento desses fatores, não será possível intervir nas causas de determinadas doenças, prejudicando o andamento de ações pelos profissionais da saúde, estabelecendo-se relações de poder entre estes e a população do território adscrito, além de influenciar

[...] nas concepções de saúde e doença, no quadro epidemiológico, na definição dos problemas, nas necessidades e prioridades de saúde, no reconhecimento e vigilância dos riscos ocupacionais, ambientais e sanitários como um todo, bem como nas potencialidades de políticas intersetoriais, de promoção da saúde que pode influenciar - para o bem ou para o mal - o desenvolvimento territorial, a vida e a saúde das populações e dos ecossistemas. (FIRPO *et al*, 2007, p. 26).

Gondim *et al* (2008, p. 238) cita Barcelos e colaboradores (2002), segundo os quais “[...] o território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças.” Fica claro, com essa afirmação do autor, a necessidade de a equipe de saúde conhecer o território de saúde e as relações ali estabelecidas pela população adstrita para o enfrentamento de situações de adoecimento e a promoção da saúde da população.

Assim se faz necessário pensar território como espaço de vida e cuidado, e o espaço rural apresenta condições diferenciadas de trabalho e relações entre a população ali residente, bem como condições diferenciadas do urbano para o acesso aos direitos e ao tratamento em saúde e saúde mental.

Como já abordado anteriormente nesse trabalho, o modo de produção capitalista industrial, cujo principal objetivo é o lucro e manutenção do consumo, interfere no processo de trabalho e modo de consumo da população no contexto rural, levando a uma intensificação

do trabalho. Consequentemente, tem-se um maior desgaste físico e mental do trabalhador rural. Nesse sentido, destaca-se que ocorrendo o desenvolvimento rural sustentável, haverá maior integridade da saúde mental do trabalhador rural, facilitando a garantia do direito e do acesso ao tratamento em saúde mental.

Como reforçado por Beseller (2008), Porto (2012), Bilyea e Lobão (1990), Moreira et al. (2012), se houver um desenvolvimento rural sustentável, melhoram os fatores que condicionam a saúde do trabalhador rural. Com políticas de crédito específicas, é possível lidar melhor com as consequências das intempéries climáticas e as vulnerabilidades econômicas são reduzidas, contribuindo na manutenção da saúde mental desses trabalhadores e seus familiares, pois, assim, tem-se um melhor desenvolvimento socioeconômico dessa população melhorando as condições de acesso a bens e serviços. Por consequência, passa-se a ter melhores condições de saúde e o próprio território rural passa a ter um desenvolvimento maior, com malha viária que facilita o acesso dessa população ao urbano e aos próprios serviços de saúde.

Ressalta-se a importância do desenvolvimento rural sustentável, principalmente, pelo fato do DRS estar atrelado ao conjunto de condições que viabilizam uma melhor qualidade de vida e às condições de dignidade humana da população rural, um ambiente equilibrado, proporcionando melhores condições de vida da população atual e para a população futura, permitindo interações saudáveis com esse meio, que repercutem na saúde mental dos sujeitos.

Assim, se faz necessário garantir o direito ao desenvolvimento e o DRS de forma a preservar o meio ambiente e as condições de vida com qualidade e, ao mesmo tempo, permitir, através de políticas sociais voltadas ao meio rural, as condições de desenvolvimento individual e coletivo, havendo, portanto, desenvolvimento social, econômico, ambiental, territorial e político, conforme Sachs (2008) e Sen (2010) destacam, pois, sem esses aspectos, não é possível haver a sustentabilidade.

O desenvolvimento sustentado e sustentável está atrelado à prevenção da saúde e saúde mental do homem. É no território que essas condições se apresentam e precisam ser manejadas, pois é um espaço antes de tudo, interdisciplinar e transversal, que permite a compreensão das relações, a vivência e a percepção do sujeito sobre e no *hábitat*, com suas particularidades e singularidades que influenciam as ações e a constituição da identidade de cada um. Quanto mais sustentado equilibrado esse ambiente territorial for, mais fácil de manejar ações para a manutenção da saúde e melhor se mantém a saúde mental dos sujeitos, ou seja, a sustentabilidade ambiental e humana são, pois, intrínsecas e diretamente atreladas.

Partindo dessa premissa, o território é essencial para se pensar as políticas sociais, principalmente, a política de saúde e saúde mental, uma vez que cada uma delas acontece em um espaço sociodemográfico, geral e específico, e se divide em território - espaços de vida e relações interpessoais, socioeconômicas, familiares e culturais - construindo e sendo construído, e garantindo o direito e o acesso à saúde e saúde mental à população do meio rural, como será desenvolvido na especificidade do território como *locus* do cuidado em saúde mental no capítulo 2.

## 2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: DIREITOS FUNDAMENTAIS EM QUESTÃO

### Pássaro

Se eu fosse um pássaro,  
Voaria a lugares distantes,  
E apreciaria todo acaso,  
Que encontraria nas paisagens.

Pairaria com mente colorida.  
Em tantos lugares em imaginados;  
Em tópicos de trópicos na vida.  
Somente aproveitando-os calado.

Enveredaria em veredas tropicais,  
De matas totalmente  
impenetráveis.  
Pertinho do mar, em um cais  
Só sensações e brisas desfrutáveis.

Mas invento-me de coisas  
próprias.  
Essas que jamais alguém deixaria.  
Foi sua vontade que logo passaria;  
Passaria, se pássaro eu seria.  
(Vanderlei Spaniol)

As políticas sociais, de acordo com Pereira e Stein (2008, p. 87), “[...] se referem às ações do Estado face às demandas e necessidades da sociedade, desde que aquele se tornou recentemente interventor[...].” e, ainda de acordo com as autoras, as políticas sociais constituem a essência das políticas públicas.

Segundo Costa (2008, p. 134), as políticas sociais estão diretamente vinculadas às decisões econômicas de cada sociedade e são “[...] resultantes de decisões políticas” tomadas em cada uma delas. Podem funcionar também como controle político do Estado para com o trabalhador, “[...] à medida que deslocam o conflito da relação capital-trabalho para a relação Estado e cidadão.” (COSTA, 2008, p. 134).

Ainda para Costa (2008, p. 138), “[...] as políticas sociais, como campo de intervenção do Estado, favorecem o conjunto da sociedade a elevar os níveis de qualificação da força de trabalho, padrões de saúde da população e proteção social aos trabalhadores [...]”. Fica, ainda segundo a autora, a cargo de cada país organizar as políticas sociais de acordo com suas regras jurídicas e recursos econômicos, garantindo-se serviços e bens ao cidadão por meio das políticas sociais.

Contudo, para se analisar as políticas sociais, de acordo com Vieira, precisa-se pensá-las de forma relacionada à política econômica e “à acumulação do capital”, tendo em mente que a transferência de propriedade dos pequenos agricultores para a burguesia em expansão é o fundamento da acumulação primitiva, tornando os pequenos produtores empobrecidos. Os operários, por sua vez, ao venderem a sua força de trabalho, também permaneceram ou empobreceram ainda mais. Essa camada da população se mobilizou e, a partir destas mobilizações, surgem então, no contexto capitalista, as políticas sociais.

De acordo com Vieira (2009), as políticas sociais, por sua vez, são dominadas pelo governo podendo evidenciar “[...] mudanças nas relações existentes no interior de uma mesma classe, ou seja, entre grupos sociais distintos [...]” (VIEIRA, 2009, p.141). Cabe destacar que a política social e a econômica estão vinculadas ao desenvolvimento do capitalismo. Com o avanço da lógica neoliberal, essas políticas têm sido minimizadas e reduzida sua abrangência ao mesmo tempo em que o público afetado pela conjuntura, a redução de salários e poder aquisitivo aumentam significativamente, produzindo, dessa maneira, uma contradição do capitalismo.

No Brasil, o desenvolvimento das políticas sociais públicas, segundo as autoras Boschetti *et al* (2008, p.150), se deu de forma diferenciada, pois as próprias condições de desenvolvimento do capitalismo no Brasil foram diferentes dos demais países, mesmo com as conquistas obtidas com a promulgação da Constituição de 1988, “[...] não se tinha expectativas muito positivas em relação aos desdobramentos da política social no Brasil”.

As políticas sociais estão presentes no país, contudo, há limitações e, embora seja pregada a universalidade, essa ainda não está efetivada quer seja pela gestão, quer seja por obstáculos territoriais ou culturais, mas o fato é que não são acessadas por toda a população e, quando são, nem sempre atendem a real demanda da sociedade ou da população que delas demanda.

Rizzoto (2000, p.36) coloca que é importante estudar as políticas sociais, pois

[...] o estudo das políticas sociais contribui também para revelar as modalidades de intervenção do Estado em questões que são do interesse dos diferentes segmentos da sociedade, e ao mesmo tempo, ajuda a desvelar certas facetas da ação governamental que, se não de forma explícita, implicitamente expressam as concepções, as intenções e as contradições presentes no modo de gestão do Estado.

Para a autora, a política social numa sociedade democrática “[...] deveria se sobrepor à política econômica, os bens públicos deveriam ganhar projeção e prioridade em relação aos

bens privados.” Contudo, não é isso que se vê no cotidiano dos serviços nos diversos setores das diferentes políticas sociais, pois, em sua maioria, estas respondem apenas “[...] a demandas imediatas de setores mais críticos da população” (RIZZOTO, 2000. p.37).

As políticas públicas e sociais, destinadas ou de alcance efetivo à população rural, precisam ganhar espaço, possibilitar a condição de suporte permanente às condições de qualidade de vida nos espaços sociais e produtivos rurais e de mitigação de situações, como intempéries, que atingem a produção rural, para diminuir as angústias e fatores que interferem na saúde mental do agricultor. São necessárias políticas que visam a melhores condições de vida através do acesso a créditos rurais, à educação de qualidade, à assistência social e à saúde. Principalmente, políticas e serviços que possam levar o trabalhador rural a repensar sua forma de fazer e sua necessidade de obtenção de lucros, reduzindo a penosidade, a jornada de trabalho e os efeitos negativos desta sobre a vida e a saúde do trabalhador, de forma a preservar a saúde mental desse trabalhador e a garantir o desenvolvimento rural sustentável. As políticas precisam garantir o acesso aos serviços previstos e o desenvolvimento das liberdades individuais e coletivas.

Em relação à saúde, entende-se que a política de saúde e seus serviços precisam chegar a qualquer lugar do país com a mesma qualidade, inclusive no meio rural, mesmo que seja de difícil acesso, no intuito de proteger, garantir e, se necessário, restaurar a saúde das famílias e do trabalhador. É preciso, para isso, olhar para o ambiente, pois a saúde é um reflexo deste e implica condições sociais, educacionais, ambientais, produtivas, econômicas etc. A saúde do trabalhador rural, mesmo não atrelada à lógica de produção industrial, está atrelada à forma de produção do modo capitalista, gerando ampliação da jornada de trabalho e condições extenuantes para o trabalhador rural. É necessário, portanto, repensar, conhecer e compreender este espaço de trabalho a fim de garantir condições dignas de trabalho, e, conseqüentemente, a saúde física e mental do trabalhador rural. Para tanto, é primordial a efetivação de políticas sociais que garantam uma relação de equilíbrio entre homem e natureza, pautada na compreensão e ação do homem sobre o meio ambiente de forma protetiva do direito à saúde mental.

Quando se reporta à realidade brasileira, encontra-se na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º, que “[...] todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade” (BRASIL, 2019, p. 2).

Contudo, essa igualdade de direitos nem sempre se efetiva na realidade socioeconômica. Quando se pensa em nível de políticas sociais e do direito de acesso a essas

pelas pessoas a quem se destinam, pessoas de direitos, pode-se salientar que a igualdade de direitos também não consegue ser universal no que diz respeito às mais diversas áreas, como educação, saúde, assistência, habitação, dentre outras.

Para Santos (2010), o princípio de igualdade de oportunidade precisa ser considerado como um dos fundamentos do estado social integral que, segundo Bobbio (2004), orienta-se pela ideia de que toda a vida social é considerada como uma grande competição, alta tensão de bens escassos. Entretanto, isso, nas políticas sociais, não é possível perceber porque o princípio da igualdade coloca todos em uma mesma condição e oferta de serviço dentro das mesmas condições, sem respeitar as diferenças de cada um. Então exclui, na verdade, a igualdade de condições de acesso a uma grande parcela da população.

Santos (2013, p. 78) afirma que “[...] o princípio da Igualdade funda a pretensão de universalismo e subjaz os direitos humanos eurocêntricos [...]”, não se tratando “[...] de uma igualdade sócio-econômica-cultural”, mas de igualdade jurídico-política, da “igualdade de todos perante a lei”. Então, de acordo com o autor, a luta pela igualdade, como redução das desigualdades socioeconômicas, se originou com os direitos sociais econômicos, no interior do paradigma da igualdade. Paradigma esse questionado quando grupos sociais, que eram discriminados e excluídos, se organizaram para lutar pela inclusão, pela não discriminação e, principalmente, quando buscaram colocar em discussão os critérios dominantes de igualdade e diferença e os diferentes tipos de inclusão e exclusão.

Assim, como estratégias governamentais para enfrentamento das mobilizações sociais, instituíram-se as políticas na habitação, educação, assistência, saúde dentre outras, que são compostas por diretrizes gerais e setoriais, por planos, programas e ações.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), organismo sanitário internacional, integrante da Organização das Nações Unidas, fundado em 1948, define saúde como “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 2006 *apud* OPAS, 2019, s.p.). A referência à ausência de enfermidade ou invalidez é componente essencial desse conceito de saúde.

A saúde se configura como direito fundamental da pessoa e como política social, voltada à atenção à saúde dos cidadãos brasileiros. Essa atenção é realizada via Sistema Único de Saúde – SUS, criado em 1990, após o período de abertura, distensão e início de um processo de democracia no país, que, na atualidade, passa por séria crise, dificultando o empoderamento e autonomia dos sujeitos usuários das políticas públicas para a recuperação de sua saúde e, ao mesmo tempo, tolhendo as condições de autonomia desses sujeitos.

A política de saúde no Brasil surge com base nos movimentos sociais inicialmente dos trabalhadores e depois, de forma mais intensa, da sociedade civil organizada, que exigiram ações do estado para com a atenção à saúde da população brasileira, efetivando-se de forma concreta, como garantia por parte do Estado e direito da população, a partir da Constituição de 1988, se configurando como direito fundamental à dignidade humana e dever do Estado em garantir a sua efetivação.

A partir da Constituição Federal de 1988, a seguridade social é instituída e tem como tripé de sua constituição os direitos à saúde, assistência e previdência social. A seguridade social, segundo a Constituição Federal de 1988, é “[...] um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (BRASIL, 2019, s.p.). Sem esses direitos garantidos, a “[...] estabilidade da sociedade democrática[...]” não estaria assegurada (SIMÕES, 2010, 101).

A seguridade está organizada com base em princípios. Aqui serão destacados apenas dois: o número I, que prevê a universalidade da cobertura e do atendimento; e o II, que prevê a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais. Contudo, ao voltar-se o olhar à população e ao meio rural propriamente dito, percebem-se as dificuldades dessa população em ter seus direitos efetivados da mesma maneira que a população urbana. O acesso a atendimento especializado na saúde inicia-se na UBS, contudo, há localidades que não possuem esse serviço ou o serviço é itinerante, a população rural enfrenta dificuldade para o encaminhamento às especialidades necessárias ou precisa se deslocar muitas vezes, com gasto maior do que a população urbana, para acessar a UBS. Em relação à saúde mental, se torna ainda mais difícil o acesso, pois, muitas pessoas, acometidas por transtorno mental, têm dificuldades para sair de casa em busca do atendimento. Enfrenta, por vezes, percursos mais extensos, gerando o agravamento de sua condição psíquica.

O mesmo ocorre com a política de Assistência Social no meio rural, pois a lógica de atendimento tem a mesma configuração da saúde, dificultando o acesso aos serviços.

No caso da previdência, após a unificação, passou a cumprir sua verdadeira função de seguro social junto ao cidadão contribuinte, frente ao incapacitado para o trabalho, quer seja total ou parcialmente, garantindo o acesso aos benefícios como auxílio doença e a real condição de ausentar-se das tarefas laborais (SIMÕES, 2010).

## 2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA POLÍTICA DE SAÚDE

A história da saúde no Brasil nos mostra que a saúde demorou a se constituir até mesmo como saúde paga, e como política pública ainda mais, pois se efetivou apenas na década de 1930.

No ano de 1789, o país tinha apenas quatro médicos na capital, na época Rio de Janeiro. Assim sendo, a atenção e cuidados com a saúde da população ficava a cargo de pessoas que tinham cursos preparatórios na área de medicina natural e elaboração de fórmulas, os chamados “boticários” (POLIGNANO, 2005), ou então, em situações de extrema necessidade de cuidados maiores com a saúde, as Santas Casas de Misericórdia. A primeira foi criada em 1543, em Santos, atendia os pobres que precisassem de atendimento ofertado por meio de caridade cristã. Aos militares, cabia o acolhimento por famílias mais abastadas e, posteriormente, atendidas por cirurgias militares nas instalações hospitalares das Santas Casas, com o tratamento custeado pela Coroa (PAIN, 2009).

Segundo Polignano (2005, p.4), as atividades de saúde pública até 1850 se limitavam a “[...]. 1- Delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais; 2 - Controle de navios e saúde dos portos; [...]” reflexos de um governo centralizador e unitário, o que levou o país a se manter assim na área da saúde por mais praticamente um século.

No período em que o Brasil era colônia de Portugal, segundo Pain (2009, p. 25), a saúde era encargo do exército e, de forma muito precária, centrava-se no saneamento, “[...] pela profilaxia de doenças e às questões relativas ao trabalho de médicos, farmacêuticos, cirurgias, boticários, curandeiros, etc.”

As primeiras escolas de medicina foram criadas apenas em 1808. Até 1930, a população do país era acometida por “diversas doenças graves, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste[...]”, afetando a saúde coletiva e também o comércio exterior, “[...] visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade”.

Iniciou-se o chamado “modelo de intervenção campanhista”, assim intitulado, pois se trabalhava com campanhas para o combate de epidemias, inclusive, queimando-se colchões e roupas para se evitar a proliferação das doenças e vacinando a população. Esse tipo de atenção e condução de saúde permaneceu até 1920 quando Carlos Chagas assumiu o Instituto Oswaldo Cruz. Contudo, segundo Pain (2009, p.28), em 1910, já havia mobilizações para a mudança da organização sanitária no país, que culminaram com a criação do Departamento

Nacional de Saúde Pública (DNSP) e também de “[...] uma estrutura permanente de serviços de saúde pública em áreas rurais”.

Com a mudança de estratégias de intervenção, estendem-se aos outros estados do país as ações e “Criaram-se órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas. A assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial se destacaram como problemas individualizados [...]” (POLIGNANO, 2005, p.5). Essas ações centraram-se na área urbana para não prejudicar a exportação de mercadorias, estendendo-se, posteriormente, ao meio rural por meio da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM, no intuito de garantir a principal base da economia do país naquele momento.

A saúde só começa a ser direito, contudo, apenas para quem contribuía com a previdência, a partir de 1923, devido às lutas travadas pelos operários. A lei que garantia isso aos trabalhadores era a lei denominada Lei Eloi Chaves<sup>7</sup>, a qual previa “[...] socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia;” e também previa “[...] medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração; [...]” (POLIGNANO, 2005, p. 8). A garantia desse direito se destinava apenas aos operários urbanos. Os trabalhadores rurais somente passam a ter direito à previdência e à saúde contributiva após 1960, com a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural - FUNRURAL.

A partir de 1920, institui-se a previdência social no país, por meio das Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs (PAIN, 2009). Essas foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), os quais previam assistência médica e hospitalar, internações de até trinta dias para os segurados, além de “[...] socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço do custo~1 acrescido das despesas de administração”, porém ainda atrelados à contribuição do trabalhador (POLIGNANO, 2005, p. 10).

A saúde pública, nessa época, pouco diferia das décadas anteriores, e, em 1930, criou-se “o Ministério da Educação e Saúde Pública”, desintegrado em 1953, dando lugar ao Ministério da Saúde, contudo, a saúde se mantinha nas mesmas condições do antigo ministério. Para atender a demanda da população rural, em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), “[...] incorporando os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária, peste”. (POLIGNANO, 2005, p. 12).

Para Polignano (2005), um passo a mais em termos de previdência e saúde contributiva se deu com a unificação dos IAPs em 1967, que deu origem ao Instituto Nacional

---

<sup>7</sup> Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão -CAPS (POLIGNANO, 2005).

de Previdência Social (INPS), cujos serviços de assistência à saúde do contribuinte se tornaram mais complexos. Em 1978, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e, em 1971, o Programa de Desenvolvimento Rural - PRORURAL, via financiamento do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural-FUNRURAL, tornando os trabalhadores rurais e empregados domésticos beneficiários do sistema previdenciário.

Na década de 1980, com a mudança de regime político no Brasil, saída da ditadura para o regime democrático, iniciaram-se movimentos sociais, reivindicando uma série de direitos, inclusive, na área da saúde. Criaram-se, a partir dessas mobilizações, o Conselho Nacional dos Secretários de saúde – CONASS – e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. Foram lançadas as bases da reforma sanitária do Sistema Único Descentralizado de Saúde- SUDS, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Segundo Polignano (2005, p. 21), “Estes fatos ocorreram concomitantemente com a eleição da Assembléia Nacional Constituinte em 1986 e a promulgação da nova Constituição em 1988.”.

A Constituição Brasileira de 1988 criou o Sistema Único de Saúde – SUS, regulamentado pelas Leis 8.080/90, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.” (BRASIL, 2019a, s.p.) e 8.142/90, que “[...] dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.” (BRASIL, 1990, s.p.).

De acordo com Polignano (2005, p. 1), a crise do sistema de saúde no Brasil é premente e pode ser constatada através de fatos amplamente conhecidos e divulgados pela mídia, como:

- Filas frequentes de pacientes nos serviços de saúde;
- Falta de leitos hospitalares para atender a demanda da população;
- Escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência;
- Atraso no repasse dos pagamentos do Ministério da Saúde para os serviços conveniados;
- Baixos valores pagos pelo SUS aos diversos procedimentos médicos hospitalares;
- Aumento de incidência e o ressurgimento de diversas doenças transmissíveis;
- Denúncias de abusos cometidos pelos planos privados e pelos seguros de saúde. (POLIGNANO, 2005, p. 1).

Assim, como estratégias governamentais para enfrentamento das mobilizações sociais, instituíram-se as políticas na habitação, educação, assistência, saúde, dentre outras, que são compostas por diretrizes gerais e setoriais, por planos, programas e ações, garantidas na Constituição Federal de 1988, a chamada Constituição Cidadã, sem, contudo, haver menção a como desenvolver-se diante da especificidade do contexto rural do país e da garantia de direito e acesso da população rural a estas políticas.

O direito fundamental à saúde é tema de amplos debates e embates contemporâneos no processo de institucionalização de políticas públicas e de garantia de direitos humanos universais, estabelecidos a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, art. 25, e de avanços expressos na Constituição Federal – CF de 1988, em cujo Art. 196 a saúde é afirmada e amparada como sendo “[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 2016, p. 153). Contudo, isso, no contexto rural, fica deficitário em função da própria questão geográfica em relação à sede do município, distância para acessar o serviço ou a dificuldade de os serviços chegarem até o rural, e, principalmente, para a permanência do usuário no serviço por período suficiente para sanar suas necessidades.

A política social e pública de saúde no Brasil constitui uma política que garante um Sistema Único de Saúde - o SUS, o qual tem como um de seus princípios a universalidade e a equidade. Essa política é constituída desse modo a partir da previsão da saúde na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 2016, p. 82).

A Carta Magna, em seu Art. 198, segue trazendo que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - Participação da comunidade. (BRASIL, 2016, p. 82).

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, cria-se o Sistema Único de Saúde por meio da Lei do SUS - Lei 8.080/90, a qual dispõe sobre as condições para a

promoção, proteção e recuperação da saúde, entendida e afirmada como um direito fundamental do ser humano (BRASIL, 2019a).

Destaca-se que isso implica a garantia da saúde através do “acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, como também a formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer”. (BRASIL, 2010, p. 12)

Em relação ao direito à saúde, as metas, ainda, deixam brechas quanto à cobertura universal dos serviços. Nesse sentido, a Organização das Nações Unidas - ONU - (2015, p. 70) afirma que,

A cobertura universal de saúde compreende os componentes de universalidade nos serviços de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, assim como a proteção contra riscos de saúde e a proteção financeira associada a seus custos, particularmente altos em relação à renda das famílias mais desprotegidas. Não se trata simplesmente de fixar um conjunto mínimo de prestações - são necessários sistemas de saúde fortes e eficientes - e de diminuir o pagamento direto por parte das pessoas das atenções de saúde que recebem. Trata-se de alcançar por esta via a igualdade e cumprir o direito universal à saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2008 *apud* ONU, 2015, p. 71):

O estado de saúde da população indica o nível de desenvolvimento de uma sociedade, influi na produtividade e no exercício das capacidades das pessoas e, por sua vez, é influenciado pelas condições estruturais e as políticas de outros setores.

Contudo, ao se analisar a política social de saúde e a saúde enquanto direito universal, percebe-se que, no Sistema Único de Saúde, embora se pregue a universalidade e equidade no atendimento, as dificuldades de acesso aos serviços são inúmeras, não havendo, desse modo, realmente a universalização do acesso. Em relação ao atendimento em saúde mental, a dificuldade se torna ainda mais acentuada, pois se enquadra em espaços com atendimentos especializados, portanto, com alto custo ao Estado, que define critérios para sua instituição, muitas vezes, dificultando para municípios pequenos a implantação do serviço.

A Constituição Federal de 1988 declara, em seu Título II, Capítulo I, que trata dos Direitos e Garantias Fundamentais, dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, em seu Art. 5º, que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza [...]” (BRASIL, 2016, p. 13).

Em seu Capítulo II, que trata dos Direitos Sociais, a Carta Magna, em seu Art. 6º, estabelece que “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia,

o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados [...]” (BRASIL, 2016, p. 18).

No Título VIII, da Ordem Social, no Capítulo I, que trata da Disposição Geral, prevê, no Art. 193, “a ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais”. Para isso, são necessárias ações e políticas econômicas, educacionais, culturais, de saúde e assistência para a garantia do bem-estar do cidadão, da população (BRASIL, 2016, p. 117).

No segundo capítulo, da Constituição Federal de 1988, que trata da Seguridade Social, em sua Seção I, Disposições Gerais, o Art. 194 estabelece que “[...] a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da Sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. (EC n.º 20/98)” (BRASIL, 2016 p. 117).

A Constituição Federal de 1988, ainda no Título VIII - Da Ordem Social, Capítulo II, na Seção II, aborda a especificidade da Saúde no Art. 196. Nesse artigo, a saúde está posta como “[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2016, p. 118).

Em seu artigo Art. 197, a Constituição de 1988 aborda a questão da relevância pública das ações e serviços de saúde, estabelecendo-se que cabe ao Poder Público dispor, nos termos da lei, “[...] sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (BRASIL, 2016, p. 119).

Ainda na Carta Magna de 1988, Art. 198, § 1º, o financiamento do Sistema Único de Saúde, tendo como referência também os termos do art. 195 da CF, será efetivado “[...] com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (BRASIL, 2016, p. 119).

Em termos da oferta, a Constituição deixa livre à iniciativa privada a assistência à saúde, determinando, no § 1º do artigo 199, que as instituições privadas, desde que estabeleçam contrato de direito público ou convênio, poderão ter participação na assistência à saúde via sistema público, contudo de forma complementar, ficando estabelecida ainda a preferência para as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (BRASIL, 2016, p. 120).

Esta complementaridade feita pelas instituições privadas facilita o acesso a algumas especialidades e procedimentos por parte população, contudo, precisa-se pensar no impacto

dos custos, para o Estado, desses atendimentos, uma vez que muitos exames são realizados em parceria, mas com o equipamento fornecido pelo próprio Estado. Equipamento, este, que poderia ser utilizado no sistema de saúde pública se houvesse a contratação do profissional capacitado para isso, forçando e garantindo a universalização do atendimento via SUS.

No entanto, apesar de garantida a universalização, para efetivar a descentralização, é preciso ir além das esferas de governo; precisa chegar a cada comunidade para garantir o direito e o acesso, inclusive e nas comunidades rurais, que vem a ter uma política específica somente em 2013, ofertando o atendimento integral e com a participação da comunidade. Isso é, ainda, mais difícil no contexto rural devido às atividades no campo exigirem a dedicação em tempo maior que as jornadas de trabalho no meio urbano habitualmente.

A Carta Magna, no Art. 200, segue prevendo e garantindo a saúde, e normatizando a oferta desses serviços à população ao definir que ao “sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: (EC no 85/2015):

- I – Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V – incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;
- VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 2016, p. 120).

Em relação ao SUS, cabe destacar que ainda está se efetivando no cotidiano do país e do atendimento à população enquanto sistema de atenção à saúde e política pública. O principal desafio é fazer com que o atendimento em saúde seja efetivado de acordo com os princípios da universalidade, equidade e descentralizado para chegar a todas as comunidades do território brasileiro, inclusive, nas comunidades rurais efetivando o direito e acesso ao atendimento em saúde com qualidade e dignidade, incluindo o cuidado em saúde mental.

## 2.2 O SUS E A ESPECIFICIDADE DA LEI 8.080/90

Na garantia do direito à vida e à saúde, a Lei nº. 8.080/90 prevê, em seu Art. 2º, § 1º, que o dever do Estado de garantir a saúde,

[...] consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2019a, s.p.).

Fica claro, em seu art. 2º, § 2º, que não exclui o direito das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. Esse direito é garantido via SUS, sistema resultante de um amplo processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos modelos de organização de sistema, serviços e práticas de saúde, cujo objetivo vai além da prestação de serviços assistenciais ao articular e coordenar ações promocionais e de prevenção com as de cura e reabilitação. (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Ainda no sentido de garantia da saúde e a normatização desta oferta, institui-se, em 1990, a Lei 8.080, também conhecida como Lei do SUS, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, considerada um direito à vida digna, indivisível e inalienável, reconhecida e regulamentada nessa lei, a qual estabelece, em seu artigo 2º, a saúde como sendo “[...] um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” (BRASIL, 2019a, s.p.), reforçando o previsto na CF de 1988.

Essa lei define a organização e o funcionamento dos serviços de saúde e dá outras providências, regulando em todo o território nacional “[...] as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.” (BRASIL, 2019a, s.p.).

A lei em análise deixa explícito o dever do Estado de garantir a saúde:

[...] na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2019a, s.p.).

A Lei nº 8.080/90 apresenta três princípios básicos que fundamentam a prática no âmbito da Saúde Pública: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis

de assistência; a integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos; e a equidade da assistência, sem preconceitos ou privilégios (BÖING; CREPALDI, 2010).

Assim, a Política Nacional do SUS também objetiva contribuir para a inclusão e equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, tanto na área urbana como rural.

Quanto ao acesso universal e igualitário, é também responsabilidade dos estados da federação e dos municípios a obrigatoriedade de prover as condições necessárias ao acesso<sup>8</sup> e ao tratamento da população que precisar do serviço seja na atenção primária, secundária ou terciária, embora a Lei estabeleça no § 2 do art. 2º que “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”, arrolando, dessa forma, toda a sociedade na responsabilidade da oferta e do acesso à saúde e seus serviços (BRASIL, 2019a, s.p.).

Nessa lei incluem-se outros aspectos, como o estabelecido no Art. 3º como fatores determinantes e condicionantes para a garantia da saúde

[...] a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”. (BRASIL, 2019a, s.p.).

No parágrafo único desse artigo, ações que “[...] se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social [...]” também dizem respeito à saúde, são, portanto, condições intrínsecas à saúde.

A referida Lei, em seu Título II - Do Sistema Único de Saúde, em seu art. 4º, estabelece que o Sistema Único de Saúde seja constituído pelo “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.”, incluindo as instituições públicas “[...] federais estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.” Define, também, que “[...] a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar” (BRASIL, 2019a, s.p.).

Como Objetivos e Atribuições do Sistema Único de Saúde – SUS, o Art. 5º. da Lei 8.080/90 estabelece:

---

<sup>8</sup> Essa categoria será abordada em outro item deste trabalho dada a importância que tem para a população.

- I - A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 2019a, s.p.).

Essa mesma lei estabelece, no seu Art. 6º., que, no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), estão incluídas ainda:

- I - a execução de ações:
  - a) de vigilância sanitária;
  - b) de vigilância epidemiológica;
  - c) de saúde do trabalhador; e
  - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- [...] VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; [...] (BRASIL, 2019a, s.p.).

A Lei 8.080/90 estabelece, em seu Capítulo II - dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), que são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 2019a, s.p.).

Contudo, quando se remete à política social de saúde e à saúde como direito universal, percebe-se que, no Sistema Único de Saúde, orientado pela universalidade e equidade no atendimento, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde são inúmeras.

Sposati (2003), ao realizar uma análise em relação às políticas sociais, traz em suas ponderações que existem desigualdades nas demandas, as quais se mostram mais urbanas do que rurais, demonstrando que existe a necessidade de se repensar a equidade entre esses espaços, no sentido de dar condições de um maior e melhor desenvolvimento para a população rural e uma oferta maior em termos de serviços das políticas sociais no contexto rural. Dessa forma, viabilizando a garantia do direito ao acesso à educação, esporte, lazer, cultura e, principalmente, ao atendimento em saúde na Atenção Básica e, por meio desta, também à saúde mental da população rural visto a distância dos serviços especializados e a dificuldade de acesso a esse serviço.

O Sistema Único de Saúde (SUS) atua na Atenção Básica desde o atendimento para avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos. O SUS é uma ampla rede que abrange tanto as ações quanto os serviços de saúde da atenção básica de baixa, média e alta complexidade, urgência, emergência, atenção hospitalar, ações e serviços de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, bem como assistência farmacêutica. Faz-se, dessa maneira, fundamental o financiamento e a descentralização dessas ações e serviços da política social da saúde.

### 2.3 FINANCIAMENTO E GESTÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS E A ESPECIFICIDADE DA ÁREA DA SAÚDE

As políticas sociais no Brasil, segundo Salvador (2012), na sua estruturação, foram marcadas por componentes conservadores, que acabaram por gerar obstáculos em termos de avanços significativos nos direitos da cidadania. Tanto as políticas de Saúde, como as da Assistência Social, Educação, Saneamento Básico, Recursos Hídricos, dentre outras, são financiadas pelo Estado, através de fundo público, cuja principal fonte são taxas, contribuições e impostos cobrados da população.

A abordagem acerca do financiamento e da gestão da política de saúde se faz importante neste trabalho uma vez que, sem o financiamento adequado e uma gestão coerente do financiamento da política de saúde e saúde mental, o acesso a esses serviços fica prejudicado, a oferta acaba limitada ou não é ampliada no território de abrangência, principalmente, no meio rural, pois, na maioria das vezes, é visto como um espaço com uma população pequena em relação ao meio urbano, sofrendo, por essa razão, com a inexistência do serviço na localidade. Disso decorre a necessidade de deslocamento, por vezes, com alto custo e dispêndio de um tempo demasiadamente longo para acessar os serviços de saúde dos quais essa população necessita.

Essa situação se mostra e pode ser entendida quando pensamos na forma como o Estado se organiza e faz o seu investimento nas políticas públicas. Segundo Salvador (2012, p. 124), o principal interesse do “[...] estado capitalista é privado e, a partir da década de 1980, há um domínio hegemônico do capital financeiro.” Para esse autor, as políticas neoliberais levaram a uma fragilização da liberação financeira, conseqüentemente, houve o “[...] enfraquecimento do estado e da proteção social sob o efeito do juro do serviço da dívida [...]”. A proteção social, efetivada por meio das políticas sociais, começa a ter dificuldades em suprir as demandas do seu público alvo, que, por sua vez, também é produto das relações capitalistas e das políticas neoliberais excludentes, as quais deixam à margem do mercado econômico e do acesso aos direitos mínimos milhares de cidadãos.

As políticas sociais devem ter seu orçamento assegurado pelo Estado. Esse orçamento, portanto, é público e “[...] garante a concretude à ação planejada do estado e espelha as prioridades das políticas públicas que serão priorizadas pelo governo. [...]” (SALVADOR, 2012, p. 124), até pelo fato de o financiamento e o orçamento que se destinam às políticas sociais estarem diretamente vinculados à garantia de acesso do cidadão aos serviços. Depende do financiamento e do orçamento a oferta e manutenção dos serviços para a população, além da qualidade, garantindo a confiabilidade em relação aos serviços ofertados, a vinculação e/ou permanência aos serviços e/ou ações desenvolvidas no interior de cada política social.

Ainda para Salvador (2012), o financiamento das políticas sociais deve ser garantido e assegurado pelo fundo público, que tem papel importante e ativo nas políticas sociais e macroeconômicas também. Esse papel ativo se configura no “[...] alargamento das políticas sociais e garantir a expansão do mercado de consumo.” Enfim, o fundo público é que oportuniza ao Estado se apropriar da mais valia e “[...] assegurar as condições de produção e das condições de reprodução capitalista.” Assim, “[...] o sistema do capital não sobreviveria

uma única semana sem o forte apoio que recebe do estado” (MÉSZÁROS, 2003 *apud* SALVADOR, 2012, p.125).

As políticas sociais no Brasil, segundo Salvador (2012, p. 125), na sua estruturação, foram marcadas por componentes conservadores, os quais geraram obstáculos em termos de avanços significativos “nos direitos da cidadania.”

As políticas sociais, que são tanto da saúde, como da assistência social, educação, saneamento básico, recursos hídricos, dentre outras, são financiadas pelo Estado, através do fundo público, cuja principal fonte são taxas, contribuições e impostos cobrados da população.

Nos estados, a gestão de saúde é feita por secretarias específicas, que devem aplicar recursos próprios e aqueles repassados pela União. Cada estado formula suas políticas de saúde, de acordo com as especificidades do contexto social. O SUS, em nível estadual, respeita a normatização federal e os gestores estaduais organizam o atendimento à saúde em seu território.

Os municípios são responsáveis pela gestão e execução das ações diretas dos serviços de saúde no âmbito do seu território, aplicando os recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado. O município também formula suas próprias políticas de acordo com a realidade e demandas locais respeitando a normatização federal e estadual. Pode, ainda, estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento a procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

A Constituição Federal de 1988 tornou público e de direito o acesso ao atendimento de saúde a toda população, delegou responsabilidades para a União, estados e municípios, bem como determinou, ainda, as respectivas cotas de atribuições para o financiamento, que é parte fundamental para a viabilidade do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2019). A Lei Orgânica da Saúde é a base para toda a programação de saúde (art. 36, § 1º, da Lei 8.080/1990) e condição para o recebimento de recursos federais (art. 4º, inc. II, da Lei 8.142/90), obrigando os gestores locais a planejarem e gerirem o orçamento, bem como os serviços ofertados à população, com qualidade e acesso universal. Para tanto, é necessário pensar a descentralização e o atendimento nos territórios e residência do usuário do serviço.

Dessa forma, é necessário o estudo do orçamento para a compreensão da política social, pois, segundo Salvador (2012, p. 127), esta reflete a correlação de “[...] forças sociais e os interesses envolvidos na apropriação dos recursos públicos [...]”. É a dimensão dos gastos em cada política que permite a compreensão e a mensuração da “[...] importância dada a cada

Política Pública, no contexto histórico da conjuntura econômica, social e política vivenciada no país.” A saúde conta com um dos maiores orçamentos destinados às políticas sociais, contudo, ainda não consegue realizar a universalidade e equidade das ações para a população urbana e rural, e, sem o Desenvolvimento Sustentável, isso se torna ainda mais difícil, pois cada vez mais as pessoas adoecem por questões socioeconômicas e culturais, por questões ambientais aumentando ainda mais a demanda da área da saúde e da saúde mental e, em se tratando da população rural, se torna ainda mais difícil o cuidado em saúde mental, o que exige ainda mais um orçamento e sua expansão cada vez maior.

Para destinar o Fundo Público às competências de financiamento do Estado, tem-se a Lei de Orçamento Anual – LOA. Em 2012, segundo Salvador (2012), foram destinados às políticas de seguridade social, que se constitui pelo tripé saúde, assistência e previdência social, apenas R\$ 535,79 bilhões, dos 1,601 trilhões do Orçamento Geral da União.

Em relação ao orçamento e financiamento da saúde, a Constituição Federal de 1988, no seu artigo Art. 198, § 1º, destaca que o financiamento do Sistema Único de Saúde, nos termos do art. 195 da CF, será efetivado “com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.” Portanto, se o financiamento da seguridade é pequeno ou reduzido, isso impacta diretamente no financiamento da saúde pública. Isso é reforçado no § 10, do artigo 195, da CF de 1988, segundo o qual “A lei definirá os critérios de transferência de recursos para o sistema único de saúde e ações de assistência social da União para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e dos Estados para os Municípios, observada a respectiva contrapartida de recursos” (BRASIL, 2016, p. 119).

O financiamento do SUS, segundo Paraná (2016, p. 117), é um sistema “[...] tripartite pelos governos federal, estadual e municipal, com recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e do orçamento fiscal e de contribuições, tendo nesse o grande aporte de recursos. A sua materialização ocorre por meio do orçamento e sua execução financeira”.

O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde através do Ministério da Saúde, que aplica metade de todos os recursos gastos no país, nos estados e municípios, os quais contribuem com a outra metade dos recursos. Ao Ministério da Saúde, cabe a formulação de políticas nacionais de saúde, mas, para a implementação de tais ações, depende de estados e municípios.

A Lei 8.142/90, também destinada à normatização de ações do SUS, mais especificamente à normatização de participação do recurso financeiro, definiu em seu Art. 2º que:

[...] Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - Despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - Investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - Cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único - Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde. (BRASIL, 1990, s.p.).

A Lei 8.142 define ainda, em seu Art. 4º, que os municípios, os estados e o Distrito Federal devem instituir o Fundo de Saúde, o Conselho de Saúde, cuja composição deve ser paritária, e ter plano de saúde, além de elaborar relatórios de gestão que permitam o controle previsto no § 4º do art. 33, da Lei nº 8.080/90. Devem, também, estabelecer contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e ter no seu âmbito “[...] a Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), cujo prazo para implantação era de dois anos” (BRASIL, 1990, s.p.).

O não cumprimento destas exigências implica que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos estados ou pela União. (BRASIL, 1990, s.p.). A Portaria nº 204, de 20 de janeiro de 2007, regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. (BRASIL, 2007, s.p.)

O Art. 4º da referida portaria trata de estabelecer os blocos de financiamento da saúde pública, dividindo-os em: “I - Atenção Básica; II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III - Vigilância em Saúde; IV - Assistência Farmacêutica; e V - Gestão do SUS; VI - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.” (BRASIL, 2007, s.p.)

No Capítulo III, o Art. 32, da Portaria 204/2007, trata do monitoramento e controle dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo. Estabelece que a comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios far-se-á para o Ministério da Saúde, mediante relatório de gestão, que deve ser elaborado anualmente e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde. (BRASIL, 2007).

O Decreto 7.508/2011 acrescenta também serviços privados aos instrumentos de planejamento da saúde. Em seguida, a Emenda Constitucional 29 (EC-29), de 13 de setembro

de 2000, vincula os recursos financeiros da seguridade social para o financiamento da saúde. A EC-29 definiu percentuais mínimos de investimentos para os Municípios de 15% e para os Estados de 12%. Porém, deixou uma lacuna irreparável quando não vinculou recursos da União para o financiamento do SUS, o que, ao longo de 11 anos, ocasionou um enorme déficit no financiamento da saúde, superior a R\$ 18 bilhões (BRASIL, 2000).

Nesse mesmo período, as finanças municipais foram as mais sacrificadas, e, como executores da maior parcela de serviços públicos de saúde, os municípios investiram mais de R\$ 110 bilhões acima do mínimo constitucional de suas responsabilidades. Após sua previsão constitucional, o Sistema Único de Saúde (SUS) teve sua regulamentação na Lei Orgânica da Saúde, a qual define que os planos de saúde são a base para toda a programação de saúde (art. 36, § 1º, da Lei 8.080/1990) (BRASIL, 2019a) e condição para o recebimento de recursos federais, no art. 4º, inc. II, da Lei 8.142/90:

- II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde - SUS;
- III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) de vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; e d) de saúde do trabalhador.
- V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da Unidade Federada. (BRASIL, 1990, s.p.)

O Art. 18 da Lei 8.080/90 garante que, no âmbito do município, compete à direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS “[...] planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde[...]”, além de, por meio de articulação com a direção estadual, “[...] participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde – SUS [...]. Aos municípios também compete cuidados em relação às condições de ambientes de trabalho, de vigilância epidemiológica; de vigilância sanitária; de alimentação e nutrição; de saneamento básico; e de saúde do trabalhador, dentre outros serviços que os municípios contarão para o financiamento (BRASIL, 1990, s.p.).

A política de saúde mental também está contemplada no SUS e participa do financiamento da saúde destinado pelo estado. Inicialmente, antes da reforma psiquiátrica, o financiamento era destinado aos internamentos em hospitais psiquiátricos. No final dos anos 1980, de acordo com Schechtman e Alves (2014, p. 47), no Brasil, chegou a ter-se 313 hospitais psiquiátricos, com 85 mil leitos disponíveis para internamentos psiquiátricos, totalizando, segundo os autores, “20% dos leitos do sistema público de saúde, [...]” Esse número, de acordo com os autores, era superado apenas pelos internamentos para parto normal. Essa forma de internamento não era capaz de efetivar um cuidado adequado às pessoas e gerava o “terceiro maior gasto com internação no Brasil.”, esse serviço de psiquiatria era altamente dispendioso.

Ainda para os autores supracitados (2014), em 1991, os participantes da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente elaboraram uma declaração da qual o Brasil foi signatário. Esse documento norteou a formulação e implantação da nova política de saúde mental no país a partir de 1991. A comissão defendeu que:

A reestruturação da atenção psiquiátrica ligada à atenção primária de saúde no contexto dos sistemas locais de saúde permite a promoção de modelos alternativos fundamentados nas comunidades e em suas redes sociais (SCHECHTMAN; ALVES, 2014, p. 50).

Nessa perspectiva, o custo da atenção psiquiátrica seria reduzido. No item três do documento elaborado pelos participantes da conferência, destaca-se que os recursos, o cuidado e tratamentos fornecidos devem: a) Salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) basear-se em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propender à manutenção do doente em seu meio comunitário

(SCHECHTMAN; ALVES, 2014, p. 50).

A partir dessa declaração e pelo fato de o Brasil ser signatário do documento, o Ministério da Saúde estabeleceu uma nova política de saúde mental no país a partir 1990, publicando a Portaria SNAS/MS nº. 189/1991, voltada ao financiamento da política de saúde mental. A partir desta, inicia-se o financiamento, via INAMPS/MS, com a inclusão de procedimentos para promover a mudança do modelo de assistência e a implantação dos serviços abertos, como: “CAPS e/ou NAPS, oficinas terapêuticas e atendimento em grupo, realizado por qualquer profissional da área da saúde mental.” Isso foi assegurado de forma definitiva com a reforma psiquiátrica como pode ser visto no item a seguir.

#### 2.4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A ESPECIFICIDADE DA LEI 10.2016

Para se entender os princípios da reforma psiquiátrica, é preciso voltar na história e analisar como eram tratadas as pessoas que tinham transtornos mentais e a própria doença. Para tanto, buscou-se aporte em Foucault, Frayze-Pereira, Bisneto, legislações, dentre outros.

Com base nesse aporte teórico, foi possível entender que a pessoa com transtorno mental, também chamada de louca, ao longo da história, sempre esteve à margem da sociedade, enclausurada em casa por conta de valores familiares, ou em locais, como antigos leprosários, navios, que nunca aportavam, ou mesmo em hospitais psiquiátricos, em internações das quais nunca tinham alta.

Para Foucault (2014, p. 47), “[...] o perigo da loucura desapareceu no próprio exercício da razão [...]”. Segundo Frayze-Pereira (1985, p. 61), a loucura excluída “[...] pelo sujeito que duvida,” e “a loucura é a condição de impossibilidade do pensamento”. Ou seja, o autor afirma que “[...] sabedoria e loucura se separam.”

Ainda de acordo com o autor supracitado (2014, p.83), “[...] a partir da era clássica e pela primeira vez, a loucura é percebida através de uma condenação ética da ociosidade e numa imanência social garantida pela comunidade de trabalho.” Inicia-se, no final do século XVIII, a crítica em relação à forma como os hospitais gerais funcionavam, à obrigatoriedade do trabalho e à coerção em relação aos loucos ali internados, podendo-se considerar um dos primeiros marcos para a reforma psiquiátrica e a posterior desospitalização das pessoas com transtornos mentais.

A loucura ficou, durante muito tempo, limitada ao exílio social, à reclusão em antigos leprosários e em naus que iam de porto em porto, sem nunca fixar parada, e, posteriormente, se centrou nos hospitais onde os “loucos” permaneciam reclusos, sem tratamentos, apenas

fixados naquele espaço para não ficarem entre os ditos normais na sociedade (FRAYZE-PEREIRA, 1985).

Nos hospitais psiquiátricos, segundo a literatura, elas ficavam enclausuradas e, por muitos anos, não tinham sequer medicamentos ou atividades que ajudassem na melhora do quadro da doença (FOUCAULT, 2014), situação mudada a partir dos ideários de Pinel.

O Francês Philippe Pinel<sup>9</sup> liderou a primeira Revolução Psiquiátrica, a qual apresentava muitos traços que a colocavam em consonância com os ideais racionalistas e humanitários próprios da Revolução, separando os loucos dos desajustados sociais, ou seja, dando um lugar para que aqueles fossem vistos e tratados como doentes que eram (MACHADO; FONSECA; BORGES, 2014).

Esses ideários trouxeram formas mais humanizadas de tratamento para as pessoas com transtornos mentais, enclausuradas nos hospitais psiquiátricos da época e o início da farmacologia a serviço da saúde mental (MACHADO; FONSECA; BORGES, 2014).

Essas mudanças tiveram uma maior intensidade com Franco Basaglia, que inicia a implantação de comunidades terapêuticas para o tratamento de pessoas com transtorno mental, instalando, assim, um modelo de atenção extra-hospitalar, comunitário. (MACHADO; FONSECA; BORGES, 2014).

No Brasil, neste mesmo momento, cria-se a primeira instituição oficial para o atendimento psiquiátrico. As mudanças na psiquiatria no Brasil ocorrem a partir do Decreto nº 1.132/1903, cujo objetivo era proibir a permanência de doentes mentais em prisões, primando pela humanização no atendimento a esses pacientes em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 1903).

Na década de 1970, observou-se a aproximação dos profissionais da saúde mental do Brasil com o ideário de Franco Basaglia (2016 p. 39 *apud* VASCONCDELOS, 2016), o qual também se voltava à promoção da saúde mental e não apenas ao tratamento da doença mental. Segundo Vasconcelos (2016, p. 39), no Brasil, o processo de reforma psiquiátrica pode ser colocado em fases. A primeira fase é caracterizada pela denúncia, “[...] primeiras tentativas de controle de humanização da rede hospitalar [...]”, que culminou com a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no ano de 1987. Nesse momento, se deu a “[...] emergência do movimento antimanicomial (1987) [...]” e foram realizadas “as primeiras experiências inspiradoras de novas estratégias e serviços tipo CAPS [...]”. Essas primeiras experiências ocorreram em São Paulo.

---

<sup>9</sup> Nasceu em 1745 e viveu até 1826.

A segunda fase, segundo Vasconcelos (2016, p. 40), foi entre o período de 1992 a 2001, momento em que aconteceu a II Conferência Nacional (1992) e iniciou-se o repasse de recursos aos “[...] hospitais psiquiátricos para a implantação dos novos serviços substitutivos.”

A terceira fase, para o autor, foi marcada pela III Conferência Nacional (2001), com a aprovação da Lei nº 10.216/2001, da Reforma Psiquiátrica, trazendo como resultado a rede de atenção psicossocial e permitindo “[...] a expansão para outras áreas e projetos[...]”, como a instituição do “Projeto de Volta para Casa [...]”, serviços residenciais, bem como prevendo projetos para “[...] atenção a crianças e adolescentes, e álcool e drogas” (VASCONCELOS, 2016, p. 40).

A quarta fase da Reforma Psiquiátrica no Brasil, para Vasconcelos (2016, p. 41), se dá a partir de 2010 e ainda não está concluída. Mantém-se em um processo de construção marcado por desafios e retrocessos em consequência das políticas neoliberais e a própria “[...] recessão da economia mundial [...] e pelo desinvestimento nas políticas sociais em geral e particularmente no SUS [...]”.

Para Bisneto (2009, p. 181), a Lei 10.216/01 “[...] propunha um tratamento humanizado ao doente mental e a inversão do modelo asilar para os serviços comunitários, o hospital-dia e centros de atenção psicossocial (CAPS), todos mantidos pelo setor público [...]”, marcando um novo e complexo processo político e social que prima pela desinstitucionalização, conseqüentemente, pela reinserção social produtiva do doente mental.

Assim, os CAPS, segundo Pitta (2001), precisam, como serviço de saúde mental, estabelecer uma relação de confiança com o usuário e seus familiares para efetivar a lógica do cuidado, inclusive, em nível residencial, por meio de visitas e, no território, por meio do matriciamento, e da identificação e articulação da rede de atenção psicossocial e do conhecimento do território.

Quando se fala em política social de saúde e suas dificuldades, é preciso levar em conta também a saúde mental, regulamentada pela Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. No caso do doente mental ou da pessoa com transtorno mental, essa situação se acentua, pois o tratamento para saúde mental foi, durante muitos anos, realizado com internações das quais nunca se voltava, uma vez que a pessoa ficava confinada em hospitais psiquiátricos, muitas vezes, abandonada pelos familiares, permanecendo excluída da vida em sociedade e da família.

Essa realidade é modificada recentemente, em termos de história, com a Reforma Psiquiátrica, que gerou a desospitalização de pessoas com transtornos mentais, internadas em hospitais psiquiátricos. Com essa nova conjuntura, as pessoas com transtornos sociais voltaram para as famílias ou então para residências inclusivas/terapêuticas, providas e administradas pelo Estado, com tratamentos de qualidade.

De acordo com a Lei nº 10.216/01, em seu artigo 1º inciso I, “[...] a pessoa com transtorno mental tem direito a ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades [...]” possibilitando a sua inserção no coletivo social por meio de serviços comunitários, da lógica do cuidado em saúde mental, da territorialização e do matriciamento em saúde mental. (BRASIL, 2001, s.p.)

Como forma de garantir o disposto nos incisos VIII e IX do artigo primeiro, da Lei 10.216/01, que preveem o tratamento “[...] em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis [...]” e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, instituíram-se os Centros de Atenção Psicossociais – CAPS – em suas diferentes modalidades. Esses também se constituem em mecanismos para a inserção ou reinserção social das pessoas com transtorno mental. A regulamentação do porte dos CAPS é feita pela Portaria nº 336/2002, segundo a qual os CAPS podem se constituir em três modalidades de serviços: “CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria”. (BRASIL, 2002, s.p.)

Essas três modalidades de CAPS atendem, prioritariamente, os casos de transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo<sup>10</sup>. Atualmente, não há mais a diferenciação em regimes de tratamento (BRASIL, 2002).

Esses serviços (dos CAPS) surgem com o grande intuito e, ao mesmo tempo, o desafio de trabalhar em Rede, o que exige a parceria entre os diferentes componentes dessa rede e também com os usuários dos serviços e sua família.

De acordo com essa portaria, o CAPS I é um “[...] serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes [...]” no qual são prestados atendimentos individuais, em grupos e em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e atendimento à família e, ainda, “atividades

---

<sup>10</sup> Conforme definido na Portaria 336/2002, no Parágrafo único, “[...] define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor.” (BRASIL, 2002. s.p.).

comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social”. O atendimento é diário e pode ser de quatro ou oito horas diárias, de segunda a sexta, das 08 às 18 horas. (BRASIL, 2002, s.p.)

Os denominados CAPS II são “[...] serviços de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes [...]”, com o propósito de prestar assistência por meio das mesmas formas de atividades previstas para o CAPS I (BRASIL, 2002, s.p.).

O CAPS III, segundo a Portaria nº 336/2002, é um “serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes [...]”, diferenciando-se dos demais em suas características, pois se constitui em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas, diariamente, incluindo feriados e finais de semana”. Deve estar “[...] referenciado a um serviço de atendimento de urgência/ emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.” As atividades, assim como nos dois anteriores, são individuais, em grupos, oficinas terapêuticas, diferenciando-se no atendimento domiciliar, pois, além da visita, são realizados atendimentos domiciliares. Mantém também como atividade o atendimento à família e as “[...] atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social; e o acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação[...]”, com a ressalva de que esse acolhimento noturno tem duração máxima de “[...] 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta dias) dias” (BRASIL, 2002, s.p.).

O CAPS i II ficou estabelecido como “Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos [...]” (BRASIL, 2002, s.p.).

Este se constituiu “[...] em serviço ambulatorial de atenção diária, destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais; [...]”As atividades se organizam da mesma forma como nos anteriores, diferindo-se, assim como o CAPS III, no atendimento domiciliar, atividades comunitárias, enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social; e o desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça. [...]” (BRASIL, 2002, s.p.).

O CAPS ad II ficou firmado, na Portaria nº 336/2002, como “serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência

de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 [...]", devendo, em seu cotidiano, "manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso" (BRASIL, 2002, s.p.).

A assistência prestada no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias mantém-se como nos demais, diferenciando-se nos quesitos "atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social; e no atendimento de desintoxicação." (BRASIL, 2002, s.p.).

Ao remeter-se o olhar às pessoas com transtornos mentais, percebe-se que houve progressos em relação à sua condição de dignidade e inserção na sociedade. Com a Reforma Psiquiátrica e aprovação da Lei nº 10.216/01, essas pessoas deixaram de ficar excluídas da sociedade por internações em hospitais psiquiátricos, onde permaneciam por décadas, vítimas de processos de estigmatização e cerceamento, privadas de seus direitos sociais, políticos e, de certo modo, familiares. Isso é previsto também na mesma lei, no inciso II, segundo o qual essas pessoas têm o direito de "[...] serem tratadas com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade [...]" (BRASIL, 2001, s.p.).

A Lei nº 10.216/01 traz, em seu Art. 1º, os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental e também assegura à pessoa com transtorno mental, além dos incisos acima destacados, o direito de:

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001, s.p.).

As pessoas com transtorno mental, mesmo retornando para a família ou para residências terapêuticas, permanecem excluídas, pois os ditos "normais" não as incluem na dinâmica das relações sociais econômicas e de direitos, não havendo uma inclusão real dessas pessoas, o que implica, também, acesso restrito/difícil ao tratamento necessário às suas necessidades, ou, muitas vezes, não há esse atendimento em seu município de moradia, necessitando irem para municípios vizinhos ou de referência para tal. Outros têm o atendimento no município, mas, como residem no meio rural, têm dificuldades de acesso aos

serviços, afetando sua condição de saúde e sua dignidade, pois o não acesso a essas condições inviabiliza o desenvolvimento e os direitos humanos da população urbana e rural.

Portanto, a parte da previsão legal da reinserção social das pessoas com transtorno mental na sociedade, na família e comunidade está garantida, mas, de acordo com Sasaki (1997, p. 3), a inclusão social é um "[...] processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade". Entretanto, a falta de informação em relação aos direitos pode dificultar o enfrentamento e a luta por esses direitos na prática, e, segundo Barros (2009, p.1), isso pode resultar “no conhecido e perigoso ciclo vicioso: preconceito – estigma – exclusão social”, levando-se a não reivindicação e exercício desses direitos.

Para Sasaki (1997, p. 40-41), “[...] a prática da inclusão social repousa em princípios até então considerados incomuns, tais como: a aceitação das diferenças individuais, a valorização de cada pessoa, a convivência dentro da diversidade humana, a aprendizagem através da cooperação[...]”, mas, culturalmente, essa inserção e a garantia do direito à dignidade ainda não estão efetivadas, pois, no cotidiano de trabalho com pessoas que têm transtorno mental, pode-se visualizar que, em processos de reivindicação, elas, muitas vezes, não têm credibilidade haja vista serem consideradas sem condições de gerir questões vinculadas a aspectos econômicos e sociais. Assim, acabam, muitas vezes, interdidas civilmente e, em outras situações, tolhidas de autonomia por simples descrédito em suas potencialidades, realidade que contraria a Declaração dos Direitos Humanos quando destaca, no seu artigo 1º, que “[...] Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos [...]”.

Para Santos (2013, p. 42), os Direitos Humanos são a linguagem da dignidade humana, porém é “[...] incontestável que a grande maioria da população mundial não é sujeito de direitos humanos [...]”, embora sejam “[...] objetos de discurso de direitos humanos [...]”. É, necessário, portanto, que se questionem sobre o fato de se os direitos humanos servem eficazmente à luta dos excluídos, dos explorados ou dos discriminados ou se estes direitos a tornam ainda mais difícil, não chegando realmente a colocá-los como sujeitos de direitos.

Enfim, as pessoas com transtorno mental severo, que estavam reclusas em hospitais psiquiátricos, passam à condição, a partir da Reforma Psiquiátrica, de pessoas que têm o direito de voltarem ao seio familiar e comunitário, de serem reinseridas socialmente, desfrutando de todas as esferas do direito, salvo casos em que realmente não apresentam condições de gerir sua vida econômica, social, em que não têm autonomia para suas ações de

vida comum, familiar e social. Mesmo nessas circunstâncias, essas pessoas são alvo de direitos civis em decorrência dos quais é designado um curador para prover-lhes as necessidades, manter sua dignidade e vida em sociedade, em respeito ao que é preconizado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos Emergentes – DUDHE, cujo Artigo 1º declara o direito à existência em condições de dignidade: “Todos os seres humanos e comunidades têm o direito de viver em condições de dignidade”. Ao exercitar-se essa prática de reinserção social, é possível efetivar-se o também explicitado no artigo 1º da Declaração dos Direitos Humanos: "Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos", devendo agir com espírito de fraternidade em relação umas às outras (ONU, 2010, s.p.).

Diante dessa afirmação, entende-se que a pessoa com transtorno mental severo e persistente, ao reingressar na família e na comunidade, precisa usufruir de dignidade. Para tanto, além do direito ao tratamento, precisa ter acesso aos medicamentos que melhor agirem sobre seu quadro clínico, viabilizando melhor qualidade de vida para esse sujeito de direito, bem como acessar as formas alternativas de acompanhamento, como Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, com atendimento interdisciplinar e especializado nesses espaços, e, se necessário, tratamento em clínicas especializadas, mas não permanecendo por mais de 90 dias em internamento, salvo em extrema necessidade e com autorização e comunicação de autoridades competentes, o que é previsto na Lei nº 10.2016 e legislações específicas afins (BRASIL, 2010).

Contudo, quando se pensa para além do tratamento e atendimento de qualidade em saúde mental, há que se focar em outras formas de exclusão que se apresentam na vida dessas pessoas, como a dificuldade de se inserir ou reinserir no mercado formal de trabalho. Na maioria das situações do adoecer mental e do tratamento, as pessoas perdem a agilidade para desenvolver o trabalho que até o momento do desencadear da doença realizavam com qualidade, não gerando mais o lucro almejado pelo meio de produção, sendo então dispensadas pelo empregador. Muitas vezes, isso significa não mais retornar para o mercado formal de trabalho, pois as empresas acabam não oportunizando o reingresso. Com isso, muitos passam a trabalhar na informalidade, como nos casos de inúmeras mulheres que vão para o trabalho como diaristas, sem registro em carteira e, mesmo assim, muitas vezes, quando as contratantes têm conhecimento de sua condição de pessoas com transtorno, rapidamente as dispensam ou então ofertam um valor abaixo do valor de mercado. Martinez (1996, p.55) corrobora a ocorrência dessa situação afirmando que “[...] diminuem as condições de cidadania, produzindo resultados concretos na forma de desemprego, trabalhos mais penosos e degradantes, salários mais baixos, e menos oportunidades de ascensão social.”

Isso se configura como um desrespeito ao direito humano dessas pessoas, gerando-se a exclusão apesar dos avanços obtidos em relação aos direitos humanos no que tange à inserção na sociedade.

Frente a essa situação, muitas vezes, as mulheres com transtorno se submetem a trabalhar por menos, pois é a única forma para sua manutenção e dos filhos, aumentando a condição de miserabilidade e tolhendo oportunidades de capacitação dos filhos que acabam, muitas vezes, deixando a escola para ajudar no sustento da casa.

Outra dificuldade que se expressa na condição de doente mental dessas pessoas é o uso do INSS para o afastamento do trabalho por saúde, uma vez que é uma condição manifestada por um conjunto de fatores e sintomas não comprováveis por meios palpáveis. Diante disso, muitas pessoas são devolvidas ao trabalho sem que tenham condições psíquicas para tal, resultando, assim, em advertências, suspensões ou mesmo em demissão. Em algumas situações, ocorre o reencaminhamento para o afastamento, porém nem sempre esse afastamento é obtido (PASTÓRIO; SCHEFFEL, 2014).

Quando se fala em pessoas que não têm a contribuição previdenciária, fala-se de pessoas que dependem do chamado benefício assistencial ou da Política de Seguridade Social não contributiva, a qual provê os mínimos sociais para a dignidade humana, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade para o atendimento às necessidades básicas, ou seja, para garantir o mínimo de dignidade a estas pessoas, que, muitas vezes, também ficam à margem por centavos, não se enquadrando para o recebimento do benefício, mas também tendo dificuldades para a manutenção da qualidade de vida e da saúde (PASTÓRIO; SCHEFFEL, 2014).

Em suma, essas pessoas ficam à margem ou têm dificuldade para se inserir no mercado de trabalho e na política previdenciária e assistencial. Permanecem, assim, inseridas na comunidade e na família. Muitas vezes, tornam-se um “peso” familiar, pois permanecem excluídas do mercado de trabalho, no caso da população rural, dos afazeres relativos à propriedade e da produção, além de estar à margem dos mínimos sociais provenientes do Estado, sendo supridas unicamente pela família (PASTÓRIO; SCHEFFEL, 2014).

Os direitos humanos estão presentes na sociedade, contudo, quando dependem das políticas sociais para serem efetivados no cotidiano, principalmente, no modo de produção e acumulação capitalista, ficam seriamente ameaçados. Na maioria das vezes, são postos em prática de forma parcial, pois o foco do Estado está em acumular capital e minimizar sua intervenção por meio da oferta de serviços, afetando a parcela mais empobrecida da sociedade (PASTÓRIO; SCHEFFEL, 2014).

Para esses autores (2014), mesmo quando o Estado assegura os serviços, ainda assim, as pessoas acabam por não os acessar e ficam à margem de atendimento, excluídas não apenas desses, mas do mercado de trabalho, da economia, do lazer, da cultura, enfim da sociedade, principalmente, as pessoas acometidas pelo transtorno mental, as quais, além da dificuldade de acesso aos direitos de cidadão, sofrem preconceito pela sua condição de doente mental.

É necessário garantir a dignidade humana dessas pessoas, processo iniciado com aqueles que estavam isolados da sociedade pelo internamento em hospitais psiquiátricos através da sua reinserção social e familiar, possibilitada pela Reforma Psiquiátrica, que veio em defesa dos direitos humanos dessas pessoas e de outras que não chegaram a adentrar o mundo hospitalocêntrico. Essa mudança permitiu a permanência delas na sociedade e em espaços onde possam exercer seus direitos de cidadania; opinar, decidir, fazer escolhas, mesmo que de forma tutelada, sobre seu bem-estar, mantendo-se ativas no exercício, ainda que mínimo, de cidadania e condições de dignidade humana, e desenvolvendo-se pessoal e socialmente (PASTÓRIO; SCHEFFEL, 2014).

Quanto ao atendimento ofertado pelo SUS na modalidade CAPS, tem se mostrado com boa qualidade em função do trabalho multiprofissional e interdisciplinar ofertado nesses equipamentos. As equipes mínimas estão formadas por psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeira/o, técnico de enfermagem, dentre outros profissionais, como pedagogo e profissionais habilitados em outras formas de terapia reconhecidas pelo SUS. Pode-se ponderar que o SUS tem evoluído nos serviços ofertados, contudo, ainda está muito aquém do que se compreende por qualidade do tratamento, uma vez que oferece medicações de baixo custo, ou seja, medicações que poderiam ser substituídas por outras mais novas. Assim, reduziria a quantidade de medicamentos necessários para o controle do transtorno mental, com efeitos colaterais mais amenos, o que poderia viabilizar maior inserção sociofamiliar, visto que, com medicações mais modernas, a dosagem ao dia poderia ser melhor ajustada, deixando essas pessoas com menos sono e maior disposição para sair de casa e (re)socializar-se no próprio território de residência via a rede de atenção psicossocial e resgate ou construção de relações dentro do território de residência (PASTÓRIO e SCHEFFEL, 2014). Nesse sentido, buscou-se compreender a proposta estadual de atenção à saúde mental na garantia da efetivação da Reforma Psiquiátrica no estado do Paraná, o que passa-se a apresentar no item a seguir.

## 2.5 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO PARANÁ

No Paraná, a política de saúde mental segue os preceitos da política nacional, como já visto no item da Reforma Psiquiátrica, em que se discorreu sobre a realidade instaurada pela Reforma, quando o internamento passa a ser realizado nos contextos em que todas as demais formas de atendimento não forem suficientes para estabilizar o quadro agudo e temporário. Assim, iniciam-se as formas de atenção extra-hospitalares no intuito de reduzir as internações e “[...] propiciar a reinserção do cidadão em sua família e na comunidade a qual pertence[...]” (PARANÁ, 2005, p.3), em centros de atenção psicossociais e de forma comunitária. Nesse sentido, a Secretaria de Saúde do Paraná, por ter presente a necessidade e importância da garantia do “[...] acesso do usuário aos serviços de saúde, através da ampliação e reestruturação dos serviços extra-hospitalares[...] ”, estabelece como “[...] um de seus objetivos implementar a Reforma Psiquiátrica no Paraná”, objetivo esse cumprido por meio da Coordenação Estadual de Saúde Mental.

Nessa direção, publica-se o Decreto Presidencial, nº 7508/2011, o qual foi instituído e publicado com a finalidade de regulamentar a Lei nº 8.080/90, no que diz respeito à organização do Sistema Único de Saúde - SUS, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação Inter Federativa. Para tanto, dispõe em seu texto, no Capítulo II, Sobre a Organização do SUS, Art. 3º, que “O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada”, além de definir como será esta regionalização da saúde e, dentre os critérios, o documento estabelece o mínimo de serviços que são necessários para ser uma Região de Saúde (BRASIL, 2019a, s.p.).

Para tanto, este Decreto, em seu Art. 5º (BRASIL, 2011, s.p.), estabelece que, para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

- I - Atenção primária;
- II - Urgência e emergência;
- III - Atenção psicossocial;
- IV - Atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- V - Vigilância em saúde.

Parágrafo único. A instituição das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestoras.

Assim, em relação ao item III, a atenção psicossocial foi incorporada como ação e “[...] rede indispensável nas regiões de saúde”. (PARANÁ, 2014, p.5). Conseqüentemente, a

Secretaria de Estado incorporou “no seu mapa Estratégico a Rede de Atenção à Saúde Mental como uma das cinco redes prioritárias de implantação e implementação nesta gestão.” (PARANA, 2014). Entretanto, no meio rural, essa rede acaba sendo restrita pelo custo que esses equipamentos representam para o Estado. Nesse contexto, também é difícil acessar os serviços especializados em saúde mental, o que pode ser superado pela lógica do cuidado, no território via a Atenção Primária em Saúde.

O estado do Paraná, por meio da Secretaria Estadual de Saúde - SESA, levando em conta a realidade do estado, a Política Nacional e o que não está contemplado nesta, estrategicamente, redefiniu as diretrizes e estratégias para efetivar a Política Estadual de Saúde Mental, de acordo com a qual cabe ao estado “[...] estimular a criação de políticas municipais em consonância com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, articular as negociações regionalizadas, fiscalizar (controle, avaliação e acompanhamento) e oferecer suporte técnico às equipes[...]”, uma vez que cabe ao município a responsabilidade em relação aos serviços assistenciais e sua execução. Levando essa particularidade em consideração, há a Portaria GM/MS 3088/2011, a qual estabelece que “[...] as ações de saúde mental devem ser estruturadas a partir da realidade municipal/microrregional/regional/macrorregional, considerando as necessidades e os recursos.” (PARANÁ, 2014).

No Paraná, “[...] há 1.329.803 habitantes com transtornos mentais e 664.902 habitantes com dependência de álcool e outras drogas.” (PARANÁ, 2014, p. 6). Diante dessa realidade, para o atendimento à saúde dessas pessoas e o desenvolvimento de “[...] ações de prevenção de agravos e promoção da saúde mental [...]”, (idem, p. 6) houve a necessidade de implantar-se e implementar-se a Rede de Atenção à Saúde Mental. Para tanto, a SESA elaborou o Mapa Estratégico da Rede de Saúde Mental, que se apresenta conforme a figura abaixo:

**Quadro 1-** Mapa estratégico da Rede de Atenção à Saúde Mental do |Paraná

<b>MAPA ESTRATÉGICO</b>	
Missão	Formular e desenvolver a Política Estadual de Saúde Mental para organizar a rede de Saúde Mental, de forma articulada e resolutiva para toda a população paranaense.
Visão	Desenvolver, até 2020, um modelo de gestão articulada com outras áreas governamentais e a sociedade civil que proporcione saúde mental para toda a população paranaense.
Valores	Ética, solidariedade, comprometimento, competência e cidadania.
Resultado para a sociedade	Reduzir os anos vividos com incapacidade por sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas.
Perspectiva para o	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar o acesso aos diversos pontos de atenção, em especial na APS e situações de urgência e emergência;</li> <li>• Melhorar a qualidade e resolubilidade em</li> </ul>

processo	saúde mental nos diversos pontos de atenção da rede; • Fomentar ações de promoção à saúde, prevenção de agravos em saúde mental e reabilitação psicossocial, por meio de ações intersetoriais e na sociedade civil; • Viabilizar sistema de apoio (assistência farmacêutica, diagnóstico e informações) e logístico (transporte e regulação)
Perspectiva para a gestão	• Promover a articulação com outras áreas governamentais e com a sociedade civil; • Desenhar/organizar a Rede de Atenção à Saúde Mental, com definição das competências de cada ponto de atenção, incluindo sistemas logísticos e de apoio; • Implantar o plano de qualificação dos pontos de atenção na Rede de Atenção à Saúde Mental por meio de Política Estadual de Educação Permanente em Saúde; • Implantar e implementar novas tecnologias de abordagem e cuidado na Rede de Atenção à Saúde Mental; • Implantar o plano de monitoramento e avaliação da Rede de Atenção à Saúde Mental.
Perspectiva financeira	• Garantir recurso financeiro estadual para os serviços da Rede de Atenção à Saúde Mental, segundo critérios de qualidade preestabelecidos.

**MATRIZ DE COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL PARA CADA MACRORREGIÃO DO ESTADO**

Nível de atenção	Ponto de atenção	Competência do ponto de atenção	Território sanitário
	Domicílio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocuidado</li> <li>• Busca ativa</li> <li>• Atenção domiciliar               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação de fatores de risco e de proteção</li> </ul> </li> </ul>	Domicílio

**MATRIZ DE COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL PARA CADA MACRORREGIÃO DO ESTADO**

Nível de atenção	Ponto de atenção	Competência do ponto de atenção	Território sanitário
	Domicílio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocuidado</li> <li>• Busca ativa</li> <li>• Atenção domiciliar</li> <li>• Identificação de fatores de risco e de proteção</li> </ul>	Domicílio
	Grupos de ajuda mútua	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento</li> <li>• Socialização/reinserção</li> <li>• Ajuda entre pares</li> <li>• Informação</li> <li>• Compartilhamento de vivências</li> </ul>	Comunidade
	Consultório na rua	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento</li> <li>• Redução de danos</li> <li>• Busca ativa</li> <li>• Cadastramento</li> <li>• Identificação de riscos</li> <li>• Orientação e encaminhamentos</li> <li>• Vínculo</li> </ul>	Rua

	UBS/ESF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A colhimento</li> <li>• E stratificação de risco</li> <li>• O ordenamento do cuidado</li> <li>• A articulação da Rede Intra e Intersetorial</li> <li>• C cadastramento</li> <li>• V vínculo</li> <li>• R responsabilidade pelos usuários de seu território</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantia do cuidado e da resolubilidade da atenção para o usuário de baixo e médio risco</li> <li>• Compartilhamento com o CAPS do cuidado ao usuário de alto risco <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educação em saúde</li> <li>• Atividades coletivas</li> </ul> </li> </ul>	Território de abrangência
	Academia da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Práticas corporais/atividades físicas</li> <li>• Práticas artísticas</li> <li>• Promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar</li> <li>• Planejamento das ações em conjunto com a equipe de APS</li> </ul>	Território de abrangência
	NASF/Equipe matricial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matriciamento</li> <li>• Atendimento multiprofissional</li> <li>• Compartilhamento do cuidado ao usuário de médio risco</li> <li>• Compartilhamento do cuidado ao usuário de alto risco – para municípios que não possuem CAPS</li> <li>• Educação permanente da APS</li> </ul>	Território de abrangência
	CRAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação de fatores de risco e de proteção</li> <li>• Encaminhamentos</li> <li>• Promoção da saúde mental e prevenção de agravos</li> <li>• Reinserção social</li> <li>• Viabilização do acesso às condições de cidadania</li> <li>• Atenção às famílias</li> </ul>	Território de abrangência

	Escolas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenção de agravos e promoção da saúde mental</li> <li>• Identificação de fatores de risco e de proteção</li> <li>• Encaminhamentos</li> <li>• Inclusão</li> <li>• Orientação familiar</li> <li>• Programa Saúde na Escola (PSE)</li> </ul>	Território de abrangência
	Associações, ONGs, Centros de Convivência, Igrejas e similares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento</li> <li>• Socialização</li> <li>• Reinserção social</li> <li>• Promoção da saúde</li> </ul>	Comunidade

**Fonte:** Caderno 8 – Saúde Mental. SESA (PARANÁ, 2014, p. 7 - 9).

Nesse mapa, ficou definida a missão, a visão, os valores e as perspectivas das quais se parte no intuito de atingir os objetivos da SESA e, conforme é destacado no caderno do APSUS<sup>11</sup>, que trata da atenção em saúde mental, “[...] tendo como pressuposto o cuidado no território e a atenção primária como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, sempre em busca da articulação intra e intersetorial” (PARANÁ, 2014, p.7). A articulação da rede e a observação das especificidades do território, bem como ter a rede de atenção básica como articuladora das ações em saúde é imprescindível para a melhoria do acesso aos usuários do serviço e obtenção da promoção do cuidado integral dessa pessoa.

Esse acesso será obtido, inclusive, no meio rural por meio da Atenção Primária quando for colocada no mapa estratégico como ordenadora do cuidado, responsável pelo acolhimento, a realização da estratificação de risco e, principalmente, pela responsabilidade em relação aos usuários de seu território e o compartilhamento do cuidado do usuário de alto risco com o CAPS. No mapa estratégico, não é vislumbrada a especificidade do rural, mas fica implícito que a Atenção Básica deve manejar a saúde mental no território também no meio rural.

Essa ação se desenvolveu, segundo o PES (PARANÁ, 2016, p. 48) por meio de Planejamento Estratégico, a partir do qual se redefiniram “[...] as diretrizes e estratégias da Política Estadual de Saúde Mental [...]”, objetivando,

[...] reduzir os anos vividos com incapacidade por sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de Álcool e outras Drogas. Tendo como pressuposto o cuidado no território e a atenção primária como ordenadora das Redes, sempre em busca da articulação intra e intersetorial.

<sup>11</sup> “O APSUS é um Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) realizado pelo Governo do Paraná, por meio da Secretaria de Estado da Saúde.” (PARANÁ, 2017, s.p.).

Para tanto, de acordo com o PES (PARANÁ, 2016, p. 130), se constituíram como pontos norteadores para o “desenvolvimento e expansão da Rede de Atenção à Saúde Mental” “[...] os Planos de Ação Regionais; a qualificação de profissionais e dos processos de trabalho; a Linha Guia de Atenção à Saúde Mental; e a implantação da Central de Regulação de Leitos em Saúde Mental do Estado do Paraná<sup>12</sup>”. Cabe destacar que a Central de Regulação de Leitos tem como objetivos a equidade do acesso.

Nesse sentido, a SESA estabeleceu “[...] processo de qualificação profissional e dos processos de trabalho [...]”, realizando, no ano de 2014, o APSUS, cuja oficina número 08 esteve voltada especificamente à saúde mental e importância do uso de instrumentais, como a “[...] estratificação do risco em Saúde Mental, Planilha de Programação e o Plano de Cuidados<sup>13</sup>”. A estratificação de risco é um dos principais instrumentos que norteará as ações em relação à saúde do usuário, pois por meio dela se pode “[...] definir o nível em que ocorrerá a atenção à saúde” (PARANA, 2016, p. 130.).

Segundo o PES, a atenção em saúde mental se torna responsabilidade de todos os níveis de atenção à saúde. Para a implantação da Rede de Saúde Mental, os incentivos financeiros estaduais, “[...] como dispositivos extra hospitalares[...]”, foram primordiais para “[...] caminhar em direção aos princípios da Reforma Psiquiátrica”. Os principais incentivos financeiros à saúde mental, na Atenção Básica, foram os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF – e, na Atenção Secundária, foi o “Incentivo Financeiro Estadual para implantação e custeio do Serviço Integrado de Saúde Mental – SIM/PR” (PARANÁ, 2016, p. 130).

A SESA conta, ainda, para a atenção à pessoa com transtorno mental, com o serviço de reabilitação psicossocial, que se configura como uma contratualização desse serviço voltada à desinstitucionalização.

Esse serviço é voltado para atendimento de pessoas egressas “[...] de hospital psiquiátrico/ hospital de custódia [...]”, e que possuem um histórico de internação de longa

<sup>12</sup> A Central de Leitos faz a regulação dos leitos psiquiátricos nos hospitais do estado e ainda faz os internamentos psiquiátricos para estabilidade de quadros agudos que não são contornáveis nos meios comunitários de atendimento como os CAPS, e exigem o regime de internamento que varia de acordo com a gravidade do caso podendo permanecer até 90 dias no internamento. A Central é responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos vinculados ao SUS. Ela organiza a relação entre os vários pontos de atenção, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema de Regulação, estabelecendo-se como um elemento ordenador e orientador da demanda de assistência hospitalar especializada em saúde mental no estado.

<sup>13</sup> “O Plano de Cuidados, realizado em conjunto com o usuário e familiares, possibilita uma maior vinculação aos profissionais e ao serviço, promovendo uma corresponsabilização de todos os envolvidos” (PARANÁ, 2016, p.128).

permanência, ou para pessoas que têm alto grau de dependência, “[...] relacionado à deficiência e/ou transtorno mental, vulnerabilidade e risco pessoal, com rompimento dos vínculos familiares e comunitários.” Essas pessoas vão para Unidades de Acolhimento, ou residências terapêuticas, onde permanecem como moradores, inseridos em práticas de “[...] alimentação, restabelecimento de vínculos familiares, com participação dos usuários nas atividades da vida diária promovendo a autonomia e viabilizando ações intersetoriais e buscando promover a reinserção social [...]”. Atualmente, segundo o PES, há 150 usuários atendidos por esse serviço, cujo papel é fundamental na composição da Rede de Saúde Mental (PARANÁ, 2016, p.132).

A SESA conta, ainda, nessa modalidade de serviços extra-hospitalares, com incentivo Financeiro Estadual, através do Serviço de Saúde Mental – SIMPR<sup>14</sup>, “[...] composto por CAPS AD III e Unidade de Acolhimento<sup>15</sup>(UA), implantadas conjuntamente[...]”, com o objetivo de “[...] promover arranjos regionais de modo a propiciar o acesso da população ao serviço especializado, independentemente do porte do município.” (PARANÁ, 2016, p. 131).

Segundo dados da Coordenação Estadual de Saúde Mental do Paraná (PARANÁ, 2012, p. 04 - 09), o estado, na área de saúde mental, em 2012, contava com: 37 CAPS I, 25 CAPS II, 2 CAPS III, 09 CAPS i, 21 CAPS AD<sup>16</sup> e 5 CAPS AD III/SIM PR. Contava ainda com 22 Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT: 05 em Curitiba, 03 em Quatro Barras, 08 em Campina Grande do Sul, 04 em Cascavel, 02 em Maringá, e, ainda, possuía, em 2012, 54 Ambulatórios, dos quais 17 em regime de Consórcios. E também 15 Hospitais Psiquiátricos, totalizando 2 404 Leitos e 168 Leitos para adolescentes; 22 Hospitais Gerais, com 211 Leitos, sendo 21 leitos para crianças e adolescentes; 06 Hospitais Dia que somam 489 Leitos.

Observando de modo genérico, parece um número muito grande de leitos, contudo, no cotidiano, em alguns períodos, as vagas são escassas e é necessário aguardar até 30 ou 40 dias para a obtenção da vaga via Central de Leitos. Para os casos de desestabilização de quadros psíquicos, mais uma vez desponta a importância do trabalho dos CAPS, da RAPS e,

---

<sup>14</sup> O SIM/PR une dois pontos de atenção e visa ampliar o acesso da população à saúde mental em todas as regiões do estado, com atendimento voltado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, caracterizando-se como espaços que oferecem atendimentos com equipe multiprofissional, convivência, acompanhamento clínico e ações de reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (PARANÁ, 2016, p. 131).

<sup>15</sup> A Unidade de Acolhimento possibilita ao usuário uma permanência de até 6 (seis) meses, potencializando o seu projeto de vida e ampliando o acesso às políticas públicas. O SIMPR está implantado em Guarapuava (CAPS AD III e UA Adulto Infante-juvenil), Marmeleiro (CAPS AD III e UA), Cascavel (CAPS AD III e UA Adulto e UA Infante-juvenil), Congonhinhas (CAPS AD III e UA) e Toledo (CAPS AD III) e já atendeu, até 2012, mais de 7.000 usuários.

<sup>16</sup> Do total de 94 CAPS no Estado, 13 estão em Curitiba e 09 CAPS funcionam na modalidade consórcio, atendendo 151 municípios. Fonte: (PARANÁ, 2012).

principalmente, do matriciamento em saúde, que visa preparar a Atenção Primária para identificar, trabalhar no território os casos que necessitam de acompanhamento em saúde mental, e encaminhar, se necessário, as situações de transtornos mentais ainda no início dos sintomas para que seja possível o manejo de quadros de baixo risco e, em caso de médio e alto risco, se estabilizado, manejar no território, por meio de monitoramento e do Projeto Terapêutico Singular – PTS. Esses quadros no território de saúde e residência, via RAPS, reduzem ainda mais os internamentos psiquiátricos e garantem a efetivação dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, inclusive, no meio rural, primando pela atenção à saúde e saúde mental, efetivando a lógica do cuidado que deve acontecer no território de residência e saúde do sujeito, como será apresentado no item a seguir.

## 2.6 O TERRITÓRIO E A LÓGICA DO CUIDADO

O cuidado deve acontecer em diferentes esferas da sociedade, iniciando-se na família cujo laço afetivo prevalece. Em relação à pessoa com transtorno mental, durante muitos anos, o cuidado ficou centrado na instituição psiquiátrica, o que cessou com a Reforma Psiquiátrica e o fechamento dos hospitais psiquiátricos.

Como consequência da Reforma Psiquiátrica, o cuidado das pessoas com transtornos mentais sai do interior dos hospitais psiquiátricos e retorna para a família e à sociedade, trazendo, como fator diretamente relacionado à desinstitucionalização, a lógica do cuidado.

Nesse sentido, para Rotelli e Amarante (1992, p. 54), a Reforma Psiquiátrica se caracteriza pelas “[...] trocas sociais, possibilidades e subjetividades sempre novas e plurais [...]” superando a lógica das instituições de internamento de longo prazo ou permanente, enfim, oportunizando a convivência, o tratamento, a reinserção e suporte sociocomunitário por meio da RAPS e da intersetorialidade.

Pitta (2001) traz um elemento importante, a “[...] institucionalização responsável [...]”, pois volta-se ao tratamento do sujeito em suas condições de vida, ou seja, em seu território com base nas suas condições de vida e relações estabelecidas nesse contexto ou instituições comunitárias como os CAPS, cujo serviço realizado por equipe multiprofissional realiza o cuidado em saúde mental dessas pessoas oriundas ou não de hospitais psiquiátricos nesse modelo comunitário. Por meio deste, o paciente tem, além do tratamento medicamentoso, o atendimento psicológico, social, de terapia ocupacional, enfermagem, arteterapia, psicopedagogia, dentre outros que se entenderem necessários na equipe para realizar o cuidado em atividades individuais ou grupais. Além dessas atividades, o CAPS é responsável

pela identificação e articulação da RAPS, e/ou instituições de outros setores das políticas públicas, conhecer o território dos usuários, favorecendo a inserção sociocomunitária, constituindo, assim, a reabilitação psicossocial em uma ação ampliada, que abrange os aspectos familiar, pessoal e social e, principalmente, o cuidado humanizado.

O cuidado humanizado exige, por parte dos profissionais, a escuta, a empatia, o respeito às dores e condições de cada sujeito em sua dignidade, e o trabalho com as famílias, abrindo espaços coletivos ou individuais para que possam também falar de suas angústias e anseios, mantendo a sua saúde ao mesmo tempo em que cuidam do outro.

A família, normalmente, é a primeira esfera de cuidado do ser humano, contudo, acabou reduzindo o cuidado, principalmente com as crianças e idosos, em função da necessidade de trabalhar para o sustento da família, delegando, em muitas situações, ao Estado essa função, cumprida via as políticas sociais. A crise do Welfare State, segundo Miotto (2008), levou à redescoberta da família como instância de proteção, “como base estratégica para condução de políticas públicas, especialmente aquelas voltadas para a garantia de direitos.” Tornando-se, de certo modo, uma miniprestadora de serviços ao Estado.

A Constituição Federal de 1988 prevê a colaboração da família no processo de educação e também da saúde e assistência. Assim, a família, atualmente, está no centro das políticas sociais da assistência, educação e saúde, considerada por autores como “familismo” (MIOTTO, 2008).

Segundo Rosa (2008), normalmente, o cuidado é remetido à figura feminina, principalmente à mãe e à família de origem. No caso de pessoas que adoecem mentalmente e demandam de cuidados, segundo a autora (idem), quando é a mulher que adocece mentalmente, de maneira geral, é abandonada pelo marido; quando há filhas adultas, estas acabam assumindo o cuidado com a mãe, ou é levada ao retorno para a família de origem para que a mãe ou as irmãs assumam esse cuidado.

Quando são os filhos que adoecem, normalmente são as mães que assumem o posto de cuidadoras, e em tempo integral. Isso gera impactos na questão socioeconômica da mãe, além de causar, muitas vezes, o seu adoecimento mental e da família de modo geral conforme a evolução do transtorno mental e do grau de comprometimento nas ações de autocuidado e autonomia da pessoa com transtorno mental ao longo do processo da doença (ROSA, 2008).

Desta forma a família e principalmente a mulher que assume o cuidado em tempo integral, acaba tendo um desgaste muito grande, pois em muitas situações a pessoa com transtorno mental não aceita o cuidado do familiar, e quer assumir sozinho o controle da

medicação ou opta por abandonar a família o que acaba por exigir ainda mais tempo e dedicação do cuidador.

A família é parte fundamental no tratamento. No cotidiano de cuidado da pessoa com transtorno mental grave, cuja autonomia foi afetada, se faz necessário um acompanhamento mais direto, com relação à higiene pessoal, inclusive, em algumas situações, no banho diário, na escovação de dentes, e, principalmente, na administração dos medicamentos, além do acompanhamento em consultas psiquiátricas, outras especialidades ou mesmo na clínica geral. Apesar disso, é necessário que o cuidador viabilize certa liberdade à pessoa com transtorno mental, mesmo que vigiada, para preservar ao máximo a autonomia dela e para manter a integridade de sua própria saúde mental.

Uma segunda esfera de cuidado é a comunidade, seus diferentes equipamentos, instituições como os CAPS, unidades de saúde e demais equipamentos de assistência, lazer, cultura, esportes, ou seja, a rede de atenção psicossocial, também assume o cuidado destas pessoas, cuidado extensivo à comunidade e aos vizinhos.

No meio rural, segundo Rosa (2008), o cuidado na comunidade se torna mais tranquilo e tem maior efetividade, pois há o conhecimento de todos. Assim, muitas vezes, quando ocorre uma crise, a pessoa com transtorno sai de casa e vai para casa de vizinhos, diferente do que ocorre no contexto urbano em sua maioria. Os vizinhos relevam com maior facilidade as atitudes dessa pessoa, pois sabem que é doente e, por consideração à família, cuidam dela para que não se coloque em riscos maiores.

A rede constituída no meio rural se torna uma rede de malha estreita pelo conhecimento de todos. Assim se torna “[...] possível desenvolver um suporte comunitário favorável e rico para uma pessoa que necessita de relações mais personalizadas, [...], no território de residência (ROSA, 2008). Assim, o DRS pode contribuir, pois facilita as condições de toda a comunidade e também a constituição da rede intersetorial, além do acesso do usuário ao serviço e a chegada dos serviços de saúde até o meio rural, permitindo-se cumprir os ODS e o acesso do usuário ao tratamento e cuidado em saúde mental .

As equipes de saúde mental e Atenção Primária se tornam a terceira esfera de cuidado para a pessoa com transtorno mental, através dos trabalhadores que agem com seus instrumentos de trabalho, suas pedagogias e seus conhecimentos técnico-científicos, e principalmente, na relação com a pessoa com transtorno mental, e que só existem no e pelo ato de assistência à saúde, pelo acolhimento e cuidado no sentido de produzir vida (MERHY, 2013). No cuidado em saúde mental se faz primordial o vínculo entre equipe e usuário, envolvendo os profissionais da Atenção Primária e do CAPS, para que seja efetivado no

território de vida do sujeito. Esse vínculo entre equipe e usuário pode ser construído pela escuta atenta desse sujeito. (SOALHEIRO; MARTINS, 2017)

A lógica do cuidado, cuja ação é centrada em serviços comunitários, instituída pela Reforma Psiquiátrica, permite, segundo Soares,(2010, p.,10), “a diversidade de estratégias de cuidado e organização de serviços.” A lógica do cuidado visa a “[...] integralidade das problemáticas de saúde e na ação territorializada sobre elas [...]” (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 36).

A territorialização, em face de sua importância, além da política de saúde, permeia também a política de assistência social, habitação, como instrumento privilegiado para o atendimento às demandas da população, como também à compreensão do espaço de vivência e estabelecimento de vínculos e relações socioeconômicas dessa população.

O matriciamento em saúde mental é um instrumento importante, pois é realizado com a Atenção Básica/primária e, em alguns momentos também com a Rede de Apoio Psicossocial - RAPS, visando ao cuidado integrado, nas duas esferas de atenção, à pessoa em sofrimento psíquico. Portanto, o território é de suma importância para se compreender as demandas e a lógica do cuidado em saúde mental.

Na lógica do cuidado, se faz primordial o vínculo entre equipe/profissional e usuário. O vínculo será estabelecido a partir do acolhimento e da escuta desse sujeito sendo, para tanto, necessário articular a equipe da Atenção Primária em saúde - Unidade Básica de Saúde – UBS ou Estratégia da Saúde Família - ESF - e a equipe da Atenção Especializada para assim, por meio de um projeto singular de atenção à saúde mental e do matriciamento, realmente se “[...] pensar o cuidado no território de vida [...]”, onde estabelecem suas relações, vínculos, sua subjetividade, levando-se em conta e respeitando as formas de viver e ser de cada um em seu território (SOALHEIRO; MARTINS, 2017, p. 48). No meio rural, esse trabalho será mais um elo da rede estreita, pois a equipe de Atenção Primária à saúde tem condições de conhecer toda a comunidade. Enfim, o cuidado em saúde mental precisa levar em conta a “[...] reconstrução e a sustentação dos laços que ligam as pessoas entre si e o ambiente em que vivem não pode desconsiderar as relações estreitas entre sujeitos e o meio.” (PITTA, 2001).

Como consequência desse processo da Reforma Psiquiátrica, também se tem a construção da Rede de Apoio Psicossocial – RAPS. A constituição dessa rede se deu pela Portaria GM, 3.088, de dezembro de 2011 e “[...] propõe um novo modelo de atenção em saúde mental, [...], baseado na convivência em dentro da sociedade.” A RAPS tem por objetivo “[...] articular ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade”

(BRASIL, 2017). Para tanto, dispõe sobre “[...] a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.” A RAPS visa e precisa a articulação Interfederativa e “[...] o planejamento, a pactuação e acompanhamento da implantação e qualificação da RAPS são dimensões fundamentais para a consolidação da rede” (BRASIL, 2017). A RAPS facilita o atendimento das pessoas com transtornos mentais no território de residência.

Diante da importância do território para o cuidado em saúde nas suas diferentes dimensões, buscou-se trabalhar as definições de território na área geográfica e, principalmente, no aspecto de área de abrangência para a atenção à saúde. A categoria espaço está historicamente vinculada à geografia e a definição desse espaço geográfico, segundo Santos (1988, p. 28 *apud* Monken *et al* 2008, p.23), “[...] é um conjunto indissociável de sistemas de objetos (fixos) e de ações (fluxos) que se apresentam como testemunhas de uma história escrita pelos processos do passado e do presente”. Leva-se em conta todas as criações do homem ou da natureza, que não têm movimento, os fixos; e as ações, funções, que possuem movimentos, portanto, os fluxos.

Nesse espaço, tem-se o território e o ambiente, dimensões constitutivas da área da saúde quando há a necessidade de se transpor as barreiras entre as ciências em função de “[...] mudanças econômicas, políticas e culturais [...]” que exigem “[...] novas ferramentas teóricas, metodológicas e conceituais para a compreensão do mundo”. Como se apresenta atualmente, o espaço é um conceito transversal e interdisciplinar, com várias possibilidades de uso na área da saúde, permitindo-se compreender a vivência e a percepção do homem em seus diferentes habitats, suas subjetividades. As identidades constituídas a partir dessas relações imprimem valor à construção do espaço geográfico, configurando-se como ser social e cultural. construindo e sendo construído, ao mesmo tempo, como sujeito nesse espaço. (MONKEN *et al* 2008, p. 23).

Assim, nessa perspectiva, com base em Castellanos (1990, 1997 *apud* GONDIM *et al* 2008, p. 237), espaço, território, ambiente ganham ênfase em sua utilização no “campo da saúde”. Essa categoria (espaço), ainda segundo o autor, se torna basilar na conceituação de risco. Isso se configura como tal “[...] em razão das múltiplas possibilidades existentes de se localizar e visualizar populações, objetos e fluxos, e de se especializar a situação de saúde por meio da distribuição de indicadores socioeconômicos, sanitários e ambientais, que revelam as condições de vida das pessoas.”

As interações que os grupos estabelecem no e com o espaço sofrem influências e podem causar mais ou menos doenças, pois, ao produzir esses espaços, se produzem “[...] riscos e estruturam vulnerabilidades, em diferentes níveis, formas e conteúdo [...]” (GONDIN; SOALHEIRO, 2017, p. 67).

Na área da saúde, segundo Gondim (2007, p. 96), a avaliação e o gerenciamento dos riscos na saúde têm sido direcionados para a “toxicologia” e a “[...] epidemiologia (indivíduos e populações expostas aos agentes perigosos comparadas com populações não expostas) [...]”, que é uma forma tradicional de avaliar e gerenciar os riscos em saúde. Assim, de acordo com o autor, busca-se “[...] identificar e quantificar as relações entre os potenciais fatores de riscos e os danos biológicos observados nos seres vivos. O risco é, dessa forma, “[...] reduzido à sua dimensão (biológica), representando uma média sobre espaços, tempos e contextos sociais, ambientais e tecnológicos” (FREITAS, 2004 *apud* GONDIM, 2007, p. 96).

Dessa forma, o espaço se torna, acima de tudo, um mecanismo para identificar e analisar o risco à saúde, por isso, é termômetro para direcionar as ações, levando em consideração as potencialidades e limitações de cada território que compõe o espaço, as especificidades culturais, educacionais, econômicas, demográficas, enfim, das diferenciações sociais e ambientais de cada território.

Esse espaço para a prática de ações de intervenção se caracteriza como território que, por sua vez, subdivide-se em microterritórios ou novos territórios adscritos, tidos como pequenas áreas de intervenção específica de um grupo de profissionais de uma política específica, que podem conhecer e reconhecer esses territórios, caracterizando a população “[...] e seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população.” Gondim *et al* (2008, p. 238). Monken e Barcellos (2007 *apud* GONDIN; SOALHEIRO, 2017, p. 58) destacam a importância de os profissionais da saúde reconhecerem o território para identificarem-se as “[...] relações entre os hábitos e comportamentos sanitários, as vulnerabilidades de grupos e comunidades, visando à caracterização de seus problemas e necessidades de saúde.” Ou seja, estabelecendo e executando ações que possam, em conjunto com a população do território, estabelecer a produção da saúde, além de desenvolver um trabalho mais próximo e efetivo com as famílias.

Assim, segundo Monken *et al* (2008, p. 27), à medida que território é vinculado à cultura, abrem-se “[...] boas possibilidades para as análises em saúde, particularmente, para a atenção básica, como também para o entendimento contextual do processo saúde-doença, principalmente, em espaços comunitários.” E, de acordo com Barcellos (1995 *apud* MONKEN *et al* 2008, p. 27), os “[...] ‘territórios do cotidiano’ têm como parâmetros a

copresença, a vizinhança, a intimidade, a emoção, a cooperação e a socialização [...]”. Há, portanto, uma proximidade maior que pode se tornar objeto principal para a área da saúde, assim como as interrelações ali estabelecidas pela população. De acordo com Monken *et al* (2008), a compreensão dos diferentes usos do território, ações e formas geográficas favorecem a identificação de possíveis vulnerabilidades para a saúde, facilitando ações e tomadas de decisões em relação à intervenção e ao atendimento no território, de forma a garantir a integralidade do atendimento.

De acordo com Gondin e Soalheiro (2017, p. 59), é fundamental a apropriação do conceito de território na Saúde Mental e na Atenção Básica para que se compreendam esses espaços e se potencializem “[...] ações inclusivas e compartilhadas, do uso de dispositivos de significação e identidade, da construção de projetos terapêuticos territorializados que ampliem a integralidade do cuidado, a autonomia e liberdade dos sujeitos envolvidos na produção de saúde.”

A Atenção Básica e Saúde da Família “[...] tem a função estratégica de reorientar as práticas e ações [...]” para a integralidade e a territorialização do cuidado e, além da “[...] porta de entrada preferencial de todo o sistema de saúde [...]”, se torna a “coordenadora do cuidado. [...]” (SOALHEIRO; MARTINS, 2017, p. 35). Para essa autora, se a Atenção Básica tem essa função, a Saúde Mental, por sua vez, “[...] busca a consolidação de um modelo para o Sistema Único de Saúde (SUS)”, o qual vem sendo construído desde a Reforma Psiquiátrica, trabalhando a desinstitucionalização das pessoas que são acometidas de transtornos mentais.

Assim, o território para a Saúde Mental e seu projeto pós Reforma Psiquiátrica, para o SUS, passa a ser uma “[...] categoria central para a transformação e avaliação do seu modelo de atenção, [...]”. O território, nesse modelo de atenção, é também um “[...] importante indicador de qualidade da rede e do tipo de mudanças na lógica do cuidado [...]” (SOALHEIRO; MARTINS, 2017, p. 35).

Quanto ao serviço dos CAPSs, apresentam características diferentes, pois são serviços substitutivos inseridos “[...] no sistema local de saúde e que trabalham com um novo paradigma de cuidado.” (GONDIN; SOALHEIRO, 2017, p.57). Para esses serviços, o território de abrangência e atendimento é toda área de abrangência do município, pois habitualmente há um serviço por município. Diferencia-se o território nos casos de o serviço gestado, implantado e mantido sê-lo feito por mais de um município em regime de consorciado ou coparticipação.

Ainda para Mendes (1993 *apud* GONDIN; SOALHEIRO, 2017, p. 57), o território, no campo da saúde mental, é entendido como território-processo, transcendendo as características de “[...] superfície-solo” [e as] características geográficas[...], constituindo-se em “[...] um território de vida pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados em jogo de projetos e de sonhos. [...]” Muito mais que “[...] um território-solo é, ademais, um território econômico, político, cultural e epidemiológico” (MENDES, 1993 *apud* GONDIN; SOALHEIRO, 2017, p. 57).

É importante lembrar, ainda, que a saúde tem determinantes sociais diferenciados, os quais, em termos mais gerais, incluem, como afirma Batistella (2007, p. 68),

[...] condições mais gerais – socioeconômicas, culturais e ambientais – de uma sociedade, e se relacionam com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias (BATISTELLA, 2007, p. 68).

E esses determinantes se apresentam na conjuntura macro ou micro, ou seja, tanto em nível de país, estado, município como no local de residência (bairro e domicílio) de cada indivíduo. Enfim, o território abrange um espaço geográfico, um ambiente, mas, principalmente, as relações sociais e também as relações de poder ali estabelecidas, seus produtos e subprodutos, que impactam tanto na saúde física como na saúde mental dos sujeitos que ali vivem e se inter-relacionam, entre si e com o ambiente. Portanto, é necessário um olhar interdisciplinar para esse território, tornando-o um campo de intervenção socioeconômica, cultural, passível de ações que contribuam para a melhoria da saúde mental, do acesso aos serviços por meio de acolhimento e fortalecimento de vínculos, da manutenção das pessoas com transtorno mental no convívio no território (GONDIN; SOALHEIRO, 2017).

Portanto, o território é o *locus* privilegiado para decodificar e trabalhar o processo saúde e doença, “[...] e como suas repercussões são percebidas diferenciadamente na esfera dos corpos, dos sujeitos, dos grupos e da totalidade, contribui para situar o cuidado para além do ato de curar empreendido por um indivíduo sobre o outro. [...]” Essa compreensão do território, do processo saúde-doença e da influência de um indivíduo sobre o outro no processo de cura ou doença, permite levar-se em conta “[...] a troca, a participação, a inclusão e a autonomia como formas de reconhecimento e superação do sofrimento e da cura (GONDIN, 2011 *apud* GONDIN; SOALHEIRO, 2017, p.67). São importantes, também, na análise das ações e da equipe de saúde, os significados que os atores sociais de cada território

constroem sobre as dimensões do território. Essa ideia é reforçada por Leal e Muñoz (2014, p.79) quando afirmam que “o cuidado relacionado aos problemas de saúde mental deve considerar o sujeito em sua relação com o mundo.”, reforçando-se a lógica do cuidado no território onde vive esse sujeito, tendo um profissional, cuja afinidade esteja constituída como referência para recorrer nos momentos de crise tanto na Unidade de Saúde quanto no Serviço Especializado. Desse modo, facilita-se o direito e o acesso ao cuidado em Saúde Mental de qualidade, no território de saúde e residência do sujeito e se garante, ainda, a universalização do acesso aos serviços públicos, como será desenvolvido a seguir.

## 2.7 A POLÍTICA DE SAÚDE E A DIMENSÃO DO DIREITO À UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS EM SAÚDE MENTAL

Este item<sup>17</sup> tem por finalidade discutir o acesso da população do meio rural à política pública de saúde, bem como os serviços de saúde ofertados, dentre eles, o de atendimento à saúde mental como direito à saúde, relacionado aos direitos humanos visto que, na sociedade atual, há uma negação dos direitos humanos universais – dentre eles a saúde. Os direitos humanos, ao longo da história, receberam o status de pilares fundamentais para a garantia à vida com qualidade, à inclusão da pessoa com transtorno mental na sociedade, direito humano relacionado ao estado democrático e às políticas sociais.

Quando se remete à política social de saúde e à saúde<sup>18</sup> como direito universal, percebe-se que, no Sistema Único de Saúde, fundado nos princípios da universalidade e da equidade no atendimento, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde são inúmeras e, no caso do doente mental ou da pessoa com transtorno mental, essa situação se acentua, pois o tratamento passou, durante muitos anos, sendo realizado com internações, confinamentos em hospitais psiquiátricos, muitas vezes abandonados pelos familiares, excluídos da vida em sociedade e da família. Realidade mudada em termos de história recentemente, com a Reforma Psiquiátrica,<sup>19</sup> da qual decorre a desospitalização de pessoas com transtornos mentais,

<sup>17</sup> Parte do texto “Demandas por direitos e o acesso aos serviços públicos de saúde mental” publicado no ebook Saúde mental [recurso eletrônico]: um campo em construção/Organizadora Eliane Regina Pereira. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019.

<sup>18</sup> A Organização Mundial da Saúde (OMS), organismo sanitário internacional integrante da Organização das Nações Unidas, fundado em 1948, define saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez”. A referência à ausência de enfermidade ou invalidez é componente essencial deste conceito de saúde e dele não deve ser separado sob pena de reduzi-lo à total utopia. Principalmente do ponto de vista médico. (PARANÁ, 2017, s.p.).

<sup>19</sup> De acordo com Fabris (2011, s.p.), surge, [...] na Itália, liderada por Franco Basaglia, “[...] uma nova proposta de Reforma Psiquiátrica, [...] buscando inovar a metodologia de tratamento e, criam-se novas drogas capazes de oferecer melhoras no quadro clínico destes pacientes, passando, de um modelo hospitalar/asilar, para o modelo hospital-dia”. Sendo, contudo, a partir dos anos 70, que se inicia “um novo enfoque de tratamento da doença que

internadas em hospitais psiquiátricos, trazendo-as de volta às famílias ou então para residências inclusivas/terapêuticas, providas e administradas pelo Estado.

As pessoas com transtorno mental, mesmo retornando para a família ou para residências terapêuticas, permanecem excluídas haja vista não serem efetivamente incluídas na dinâmica das relações sociais econômicas e de direitos e terem dificuldade de acesso ao tratamento necessário. Essa dificuldade, muitas vezes, se relaciona à inexistência desse atendimento em seu município de moradia, necessitando, portanto, ir para municípios vizinhos ou de referência, ou, ainda, mesmo que o atendimento exista no município, como residem no meio rural, têm dificuldades de acesso aos serviços.

Segundo Paraná (2017, p. 1), a Organização Mundial de Saúde afirma que não existe definição "oficial" de saúde mental, destacando que “diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a "saúde mental" é definida.” A mesma organização destaca ainda que Saúde Mental

[...] é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. A Saúde Mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. “Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais” (PARANÁ, 2017 s.p.).

A partir da Reforma Psiquiátrica e da criação do SUS, se iniciam os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, como atendimento extra-hospitalar mantido pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Os CAPS possuem critérios para serem implantados nos municípios a fim de que possam receber o incentivo do governo federal. Os critérios são ter: no mínimo 50 mil habitantes para atendimento de todas as classificações da doença e faixa etária; acima de 100 mil habitantes para a modalidade de CAPS II, que atende a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, acima de 18 anos de idade; acima de 200 mil habitantes para a modalidade de CAPS-i, que atende crianças e jovens até 18 anos de idade. Percebe-se que não há prerrogativas diferenciadas para a população rural cujas especificidades geográficas, econômicas e sociais e de acesso se diferenciam da população urbana.

Contudo, para que isso seja realmente alcançado, além desta política, se faz primordial que os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS sejam respeitados, pois nem sempre a saúde, via Atenção Básica, chega ao meio rural ou é de fácil acesso à população

---

deixa de ser exclusivamente voltada à cura, assumindo então novos contornos voltados à promoção da saúde mental”. No Brasil, essa luta inicia-se na década de 70, e a reforma acontece em 2001, com a criação da Lei 10.216/2001.

rural, pois é de praxe que as UBS se concentrem na região urbana dos municípios, quando muito, chegam ao meio rural em ônibus, que nem sempre ofertam todos os serviços demandados, não atingindo, muitas vezes, a integralidade proclamada nos cuidados à saúde da população, e, ao mesmo tempo, não atingindo a equidade (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

O acesso a esse atendimento deveria acontecer para toda a população que dele demandar. Contudo, para que o acesso à saúde aconteça, respeitando-se os princípios do SUS, se faz necessário que o desenvolvimento socioeconômico, educacional, de infraestrutura, etc, também ocorra, pois, em não havendo o acesso à educação de qualidade, o cidadão acaba por não ter acesso a condições de cuidado para a manutenção da saúde e/ou diminuição de situações que o adoçam. Caso essa etapa falhe, é importante que a população do meio rural consiga acessar os serviços disponibilizados pelo SUS, ou outra forma de atendimento. Para tanto, precisa haver transporte, seja público ou privado, e, conseqüentemente, estradas em condições de tráfego independentemente das condições climáticas.

No contexto de emergência de políticas, programas e ações integralizadoras do direito à saúde, é criada no Brasil, em 2013, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta – PNSIPCF, que tem como objetivo melhorar o nível de saúde dessas populações. Esse objetivo, de acordo com a PNSIPCF, “será alcançado por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia e de orientação sexual, objetivando o acesso aos serviços de saúde”, prevendo, ainda, em seus objetivos “[...] a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas; e a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida” (BRASIL, 2011, p. 9).

Para que se garantam essas condições, a Lei nº. 8.080/90 prevê, em seu artigo 2º, § 1º, que o dever do Estado de garantir a atenção à saúde se concretiza por meio da formulação e execução de políticas econômicas e sociais, que tenham por objetivo a redução de riscos de doenças e de outros agravos e, principalmente, estabeleçam condições no sentido “[...] de assegurar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação,” (BRASIL, 2019a, s.p.), deixando claro, em seu artigo 2º, § 2º, que não exclui o direito das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Ainda de acordo com essa Lei, a saúde está condicionada à alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais; enfim, segundo a definição dessa Lei, “[...] os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (BRASIL, 2019a, s.p.).

As condições de desigualdade da população brasileira são visíveis tanto no meio urbano como no meio rural, acentuando-se mais na população rural em relação à infraestrutura ou inexistência ou insuficiência de sistemas de esgoto e abastecimento de água, causa de doenças pela contaminação de água e solo além das intempéries climáticas que, em muitas situações, aumentam a pobreza e o sofrimento físico e mental do trabalhador/a rural. (PASTÓRIO, ROESLLER; PLEIN, 2018, p. 2). Também em relação à saúde mental, no contexto rural, as desigualdades no acesso aos serviços ofertados são acentuadas. O que exige políticas e ações por parte do Estado mais intensas e focadas na realidade do rural, inclusive, para a garantia do direito e acesso aos serviços públicos de saúde e saúde mental, que são demandados por essa população, como se verá a seguir.

## 2.8 DEMANDAS POR DIREITOS: O ACESSO E A EQUIDADE NO ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL

Quando se pensa em direitos nos espaços sociais, é preciso pensar também em desenvolvimento dos espaços e nas condições de oferecê-los à população alvo, bem como no acesso a esses direitos. E, quando se analisam os direitos das pessoas que vivem no meio rural, o acesso a recursos e serviços que podem lhes oportunizar melhores condições de vida e sustentabilidade, pode-se dizer que são poucos e não contemplam as necessidades reais dos pequenos agricultores, dificultando ou impedindo o desenvolvimento sustentável.

Em relação às políticas sociais e seu surgimento, segundo Boschetti (2010), a crise do capitalismo influenciou diretamente as políticas sociais e sua abrangência. Os direitos sociais foram uma forma de resposta à crise vivida em 1929, conquistados pela organização e mobilização da classe trabalhadora, mas realmente reconhecidos no processo de reestruturação do capital, gerando, assim, a uma expansão das políticas sociais.

Contudo, ainda para a autora supracitada, em países com o capitalismo central e periférico, o neoliberalismo, com suas medidas, trouxe retrocessos, porém, com expressões diferenciadas no Brasil e demais países da América Latina e Caribe. As medidas anti crise causaram o desmoronamento dos direitos e restrição das políticas sociais, criando, assim, limitações em relação ao acesso, com critérios de acesso, trazendo condicionalidades e, portanto, o abandono da universalidade e da distributividade (BOSCHETTI *et al*, 2008, *apud* BOSCHETTI, 2010).

O espaço rural no Brasil, ao longo dos anos, tem sido um espaço com pouca visibilidade em relação às políticas públicas. Dentre essas políticas, a grande maioria

relaciona-se à questão da propriedade da terra e formas de financiamento para safra e/ou equipamentos agrícolas.

Os ambientes rurais e urbanos são diferentes locais de ação do homem. Desse modo, as diferenças no cotidiano de vida e trabalho são evidentes e, portanto, muitas vezes, existem desigualdades nas demandas e também na oferta de políticas públicas inclusive na área da saúde.

De acordo com os dados do Censo Demográfico de 2010, a população brasileira era de aproximadamente 190 milhões, sendo 160.925.792 urbana e 29.830.007 rural (IBGE, 2011, p 43). Isso revela que, numa população tão grande, muitas pessoas não chegam nem mesmo a ter acesso aos atendimentos básicos ou de atenção primária<sup>20</sup> à saúde, considerados os primeiros atendimentos e a porta de entrada para as demais especialidades, como para o atendimento em saúde mental, seja em Ambulatório de Saúde Mental seja em Centro de Atenção Psicossocial em suas modalidades.

As políticas públicas voltadas para o meio rural, no Brasil, não contam com um sistema de análise investigativa para acompanhar se os trabalhos dedicados a esta parcela da população brasileira são realizados a contento, de acordo com o que preconiza a lei, principalmente, pelo fato de haver uma parcela significativa dessa população em acentuada situação de pobreza. E segundo dados do IPEA, (2005, p. 59 *apud* IAMAMOTO 2009, p. 39),

A proporção dos mais pobres no meio rural é mais que o dobro do contingente que reside no meio urbano, ou seja, 57,1% contra 27%; ainda que em termos absolutos o maior contingente de pobres encontra-se nas áreas urbanas dos 38,7 milhões de brasileiros no meio rural são 15,3 milhões de pobres, o que se explica pelo acelerado processo de urbanização. Mas em termos relativos, a área rural é mais pobre: sendo menos populosa, é composta majoritariamente por pobres que são 57,1%. Esta elevada incidência da pobreza no meio rural ocorre em quase todos os Estados da Federação.

De acordo com Fleury e Ouverney (2009), supunha-se, quando se criou o SUS, que esse sistema de saúde poderia minimizar as desigualdades, uma vez que se configurava como instituição que traria a igualdade de acesso aos serviços de saúde. Contudo, ainda, hoje, luta-se para alcançar a almejada igualdade de acesso, pois ainda há dificuldades em relação à distribuição dos recursos minimamente essenciais para prover o acesso igualitário aos serviços de saúde. Isso se dá porque os recursos ainda são destinados de acordo com

---

<sup>20</sup> Atenção básica ou atenção primária em saúde é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde. (Fonte: <http://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>).

diferenças regionais e territoriais, dificultando o acesso de parcelas significativas da população aos serviços de saúde.

Segundo Cohn (1991, p. 67), o acesso “[...] do ponto de vista da distribuição espacial dos equipamentos e serviços – é a primeira condição para viabilizar a utilização dos recursos pelos usuários [...].”

[...] os conceitos de acesso aos serviços de saúde normalmente utilizam a conceitualização de acessibilidade realizada por Frenk (1985). Essa definição traz que “[...] além da disponibilidade de recursos de atenção à saúde em determinado local e tempo, compreende as características do recurso, que facilitam ou dificultam o seu uso por parte dos clientes potenciais.” (FLEURY; GIOVANELLA, 1996, p. 189).

Segundo Frenk (1985 *apud* FLEURY; GIOVANELLA, 1996, p. 189), “[...] acesso está relacionado à capacidade de um grupo para buscar e obter atenção.” Ainda para os autores, se há a procura, mas não há a oferta do serviço, se faz necessária a avaliação de indicadores como a “[...] disponibilidade de recursos de saúde e sua capacidade para produzir serviços. [...]”, a criação de obstáculos gerados, muitas vezes por, burocracias instituídas pelo próprio serviço, além das características da população que podem gerar a condição de utilização da política de saúde e seus serviços.

Penchanski e Thomas (1987, p.27 *apud* FLEURY; GIOVANELLA, 1996, p. 189) destacam que acesso “[...] é um conceito geral que sumariza um conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os clientes e o sistema de cuidado de saúde, tais como disponibilidade, acessibilidade, acomodação, capacidade financeira e aceitabilidade [...].” Quando se pensa o acesso na área da saúde, pensa-se na aproximação e, principalmente, na entrada aos serviços de saúde.

O texto constitucional, em seu Art. 196. (BRASIL, 2016, p. 118), afirma que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Isso é garantido pelo princípio da universalização. Contudo, esse princípio acaba por não ser cumprido em sua integralidade, pois ainda há parcelas da população que não conseguem acessar os serviços básicos de saúde, ou, pelo menos, não quando necessário, quer seja para atendimento na perspectiva de tratamento ou de prevenção a agravos da saúde. Muitas vezes, esse não acesso ocorre pela distância da residência até as unidades de saúde ou hospital, enfim aos serviços de saúde.

Entretanto, há que se levar em conta que as regiões do país apresentam acentuadas particularidades geográficas, demográficas e culturais. Segundo Cohn (1991, p. 68), “[...] dadas as desigualdades em que se desdobram a qualidade de vida nas diferentes regiões do país [...], o critério de acesso faz parte intrínseca do modelo paradigmático da regionalização e hierarquização do binômio demanda/atendimento, prevalecendo no ideário da saúde pública, foi introduzido no país nos anos 20 [...]” conforme está previsto e garantido na Constituição Federal, em seu Art. 198.

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (EC nº 29/2000, EC nº 51/2006, EC nº 63/2010 e EC nº 86/2015) I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade (BRASIL, 2016, p. 119).

Cohn(1991, p. 67) destaca que:

[...]‘igualdade de acesso para necessidades iguais’ é um princípio técnico que, à primeira vista, depende do provimento de condições estruturais – planos, recursos, serviços – que por si só regulariam a demanda e, conseqüentemente, a utilização dos serviços de saúde pela população.

No entanto, ainda, há regiões onde o acesso aos serviços de saúde e a respectiva utilização não ocorrem de forma tranquila, devido a dificuldades como malhas viárias sem manta asfáltica, inexistência de transporte público e/ou privado, o que exige longas caminhadas até o serviço de saúde, dentre outras questões. Isso demonstra que planos, recursos e serviços ainda não dão conta de regularizar a demanda e a utilização dos serviços em saúde

Nesse sentido, observa-se que o acesso aos serviços de saúde precisa ser garantido e/ou facilitado, principalmente, pelo Estado através de suas políticas, de forma a impactar na inserção do usuário nos serviços, bem como garantindo cuidados subsequentes, necessários à promoção da saúde e à resolubilidade das questões apresentadas pelo cidadão, no ingresso ao serviço.

No Brasil, o direito ao acesso à saúde está previsto na Constituição de 1988, e, segundo Cohn (1991, p. 67), “[...] as políticas de saúde apresentam, reiteradamente, o acesso do usuário aos serviços como um paradigma básico para planos nacionais e projetos regionais e locais de ampliação da rede de serviços existentes.” Para tanto, se faz necessário observar a

distância da residência do usuário até o local onde o serviço é ofertado, para a destinação do recurso e ampliação da rede de serviços. Apenas assim se pode garantir a universalização no atendimento em saúde via SUS, ou seja, assegurando-se o acesso e a equidade, avança-se para a equalização dos serviços de saúde, oportunizando acesso igualitário a todos os indivíduos, respeitando suas diferenças e sanando as necessidades em suas especificidades. Desse modo, prioriza-se os que mais necessitam em consonância com a equidade, que prevê o atendimento desigual para que todos cheguem ao patamar de igualdade no atendimento, independentemente de grupos e classes sociais.

O SUS representa, com certeza, um avanço no que tange à saúde e atendimento em saúde à população, contudo, ainda não cumpre de forma plena suas funções de universalidade e equidade no acesso aos serviços de saúde.

Quando se pensa em direitos nos espaços sociais, pensa-se também no desenvolvimento dos espaços e nas condições de oferecê-los à população alvo e o acesso a esses direitos. As políticas públicas para acesso a recursos e serviços que podem oportunizar melhores condições de vida e sustentabilidade no meio rural, ainda, são insuficientes e não contemplam as necessidades reais dos pequenos agricultores, dificultando ou impedindo o desenvolvimento sustentável.

No caso das pessoas com transtorno mental, que têm dificuldades de acesso às novas modalidades de atendimento à saúde mental, implantadas pós Reforma Psiquiátrica, cuja implantação ainda não está concluída, pois vem se dando de forma gradativa e contínua, da instituição da Lei 10.216/01 e dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS têm por função ofertar atendimento especializado em saúde mental, com a finalidade de reinserção sociofamiliar, encontram-se aquelas que residem no meio rural, pois a implantação dos CAPS restringe-se às regiões urbanas, fator que dificulta o acesso pela distância e indisponibilidade de transporte público. Além disso, são serviços de alto custo para a política de saúde, se tornando de difícil manutenção aos municípios. Isso reforça a lógica capitalista de investir nas especialidade e deixar a atenção básica em saúde descoberta ou com pouco investimento.

A Lei nº 10.216/01 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Define, em seu Art. 1º, que os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental

[...] são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001, s.p.).

Essa lei prevê, ainda, que as pessoas com transtorno mental tenham “acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”, seja em nível ambulatorial ou em centros de atenção psicossocial ou mesmo, quando necessário, internamento em hospitais psiquiátricos, não especificando ou diferenciando entre espaço rural e urbano. Uma das suas diretrizes para a saúde contempla o “Reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde” (BRASIL, 2010, p.19).

Esse acesso garante direitos sociais e direitos humanos, como a vida, em condições de dignidade humana. Para Santos (2013, p.42), os direitos humanos são a linguagem da dignidade humana e hoje é “[...] incontestável que a grande maioria da população mundial não é sujeito de direitos humanos[...]”, contudo, todos são “[...] objetos de discurso de direitos humanos”. É necessário, portanto, questionar se os direitos humanos servem eficazmente à luta dos excluídos, dos explorados ou dos discriminados ou se a tornam ainda mais difícil, não chegando realmente a colocá-los como sujeitos de direitos. Mesmo havendo a política de saúde mental, ainda assim, muitas pessoas ficam à margem, não conseguindo acessá-la.

As dificuldades para o acesso ao tratamento especializado em saúde mental enfrentadas pela população que vive no contexto rural são notórias em função do transporte coletivo, que, normalmente não chega às propriedades. Isso exige que as pessoas se desloquem a pé, muitas vezes, até as paradas nas estradas principais, ou a um custo alto. Observa-se então dificuldades tanto em relação ao custo quanto ao tempo envolvido para realizar esse deslocamento. Quando há ônibus, é comum que passe em um único horário do dia com destino à região urbana e retorne apenas no final da tarde para a região rural, além da questão da precariedade das estradas, aspectos que também podem ser considerados dificuldades de acesso aos atendimentos em saúde e saúde mental

Todavia, quando se consideram pessoas com transtornos mentais residentes no meio rural e o acesso aos serviços de saúde pública, incluindo o atendimento à saúde mental como direito, se observa uma desigualdade acentuada na oferta e acesso a esses serviços entre zona urbana e rural.

As políticas públicas voltadas para o meio rural, em nosso país, não contam com um sistema de análise investigativa a fim de acompanhar se os trabalhos dedicados a essa parcela da população brasileira são realizados a contento, de acordo com o que determina a lei.

A equidade de trato entre territórios com características rurais e urbanas não está construída ou se apresenta de forma ainda frágil. Segundo (PERES, 2009), é preciso um olhar direcionado às suas necessidades e especificidades no intuito de conhecer a população rural, suas representações, expectativas, necessidades/demandas e especificidades para facilitar e universalizar o acesso aos serviços das políticas públicas, principalmente, de saúde mental, face à dificuldade dessas pessoas.

Pereira e Stein (2008) trazem, principalmente no campo da saúde e da educação, que o princípio da universalidade foi pensado no sentido de expressar a relação entre políticas sociais e direitos de cidadania e traz a pressuposição de que o Estado está diretamente envolvido com as demandas e necessidades sociais, relação essa contemplada no princípio de universalidade.

Em relação à saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010, p.9) traz que “A saúde, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres em toda sua diversidade e singularidade[...]”, também sofreu mudanças durante o período de crise e mudanças na sociedade uma vez que, de acordo com o documento acima citado, “o processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários”.

Esse documento traz, ainda, que, na base do processo de criação do SUS, encontram-se “[...] o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la” (BRASIL, 2010, p. 10).

A Constituição Federal de 1988 traz em seu texto os objetivos de “[...] reduzir as desigualdades sociais e regionais; promover o bem de todos [...]” (BRASIL, 2019, p. 11). Assim, se destaca que isso implica a garantia da saúde, assegurando-se “[...] o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, como também a formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer” (BRASIL, 2010, p. 12).

A Lei nº 8.080/90, que, em todo o território nacional, regula “[...] as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado [...]”, traz ainda, em seu Art. 2º, que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício [...]”. Define que é dever do Estado garantir a saúde por meio de formulação e “[...] execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e

recuperação [...]”(BRASIL, 2019a, s.p.). Assim, a Política Nacional do SUS também objetiva contribuir para a inclusão e equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, tanto na área urbana como rural.

Quando se fala em saúde, é preciso levar em conta também a saúde mental em sua especificidade, garantindo-se este direito via SUS, resultado de um amplo processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos modelos de organização de sistema, serviços e práticas de saúde, cujo objetivo vai além da prestação de serviços assistenciais ao articular e coordenar ações promocionais e de prevenção com as de cura e reabilitação. (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

A população do contexto rural está inserida no modo de produção capitalista. Gera, em sua propriedade, a partir de seu trabalho e das relações de compra e venda, lucros para prover a subsistência da família, que, muitas vezes, vive em condições precárias. Ao voltar-se o olhar às pequenas propriedades ou às propriedades de agricultura familiar, cujas condições de acesso e produção de recursos econômicos para o desenvolvimento de sua propriedade e manutenção das necessidades pessoais dos trabalhadores são reduzidas, observa-se que também o acesso às políticas sociais básicas, principalmente de saúde, é limitado.

Segundo Carneiro (2015, p. 197), conforme já demonstrado anteriormente, em 2005, de todos os benefícios de auxílio doença concedidos, 11,6% eram relacionados a Transtornos Mentais e Comportamentais, contudo, entre a população rural, sobressaem, segundo a autora (idem), as doenças osteomusculares como causas da concessão de auxílio-doença.

Atualmente, a sociedade se apresenta como uma sociedade de riscos, tanto riscos à integridade do meio ambiente, quanto da saúde do homem e de sua própria existência. Segundo Porto (2012, p. 33), esses riscos são consequências do “[...] desenvolvimento econômico e tecnológico, estejam eles presentes no ambiente onde as pessoas trabalham, moram ou circulam, [...]”. O enfrentamento a esses riscos envolve ações políticas, sociais, econômicas e conceituais que tornem possível às pessoas a compreensão desses riscos a partir de sua realidade sócio-familiar-política, e desenvolver meios de enfrentamento em todas as instâncias da sociedade de forma individual e coletiva, propiciando a compreensão das relações de trabalho estabelecidas, do entorno e do meio onde se vive e seus riscos reais para garantir, manter e/ou recuperar a saúde física e mental do trabalhador e também de seus familiares.

A política de saúde, de modo geral, tem dificuldades para garantir o acesso e equidade no atendimento, via rede de atenção à saúde básica e especializada. Na área de atenção à saúde mental, os serviços têm ainda mais dificuldade para serem equânimes devido ao alto

custo. Nesse contexto, dificulta-se ainda mais a garantia da descentralização e a universalidade do atendimento previsto na Constituição Federal de 1988, reforçando as desigualdades na oferta dos serviços em saúde mental, bem como as desigualdades no contexto rural.

Em termos conclusivos, a política de saúde de responsabilidade do Estado e dos entes federados sempre se faz dentro do mínimo exigido, com inúmeras limitações, inviabilizando a universalidade do atendimento, impedindo ou dificultando o acesso e permanência da população aos serviços de saúde e saúde mental ou são deficitários. Embora se compreenda que a política de saúde, por meio dos seus serviços, deva chegar a todos, em qualquer lugar, com a qualidade do atendimento, existem barreiras territoriais, no sentido geográfico, para se fazê-lo.

Barreiras educacionais e culturais que interferem na universalização e equidade para o acesso da população à saúde, em termos geográficos, se apresentam mais no contexto rural devido à distância da sede do município, às condições da malha viária e à ausência ou pouca oferta e horários de transporte público para que tanto trabalhadores quanto usuários do serviço cheguem ao ponto de referência de atendimento da UBS/ESF.

Em termos educacionais e culturais, a grande questão que se apresenta é no sentido do cuidado para com a saúde e ações preventivas. Fica-se, ainda, muito centrado, tanto para a população quanto para a política, no processo curativo, necessitando avançar muito nesse sentido e teria como central apoio o DRS, pois um ambiente equilibrado, com condições de dignidade, acesso a créditos rurais que realmente contemplem as necessidades de infraestrutura das pequenas propriedades rurais e famílias ali residentes, traz melhores condições de saúde orgânica e mental.

Essas condições vêm ao encontro da definição de saúde da OMS, conceito que ultrapassa a noção de ausência de doença. A política de saúde precisa avançar concomitantemente às políticas do meio rural e demais políticas sociais para que se consiga garantir o DRS e o direito e acesso aos serviços de saúde no território de residência.

Com uma malha viária acessível, condições de acesso com transporte, público ou privado, e a descentralização do atendimento via atenção básica e matriciamento, ter-se-á novas formas de cuidado em saúde mental, tornando possível a garantia do direito e o acesso ao tratamento e manutenção da saúde mental da população rural, pois permite que os serviços desenvolvam trabalhos no próprio território. Torna-se, dessa maneira, o acesso mais equânime e universalizado para a população do meio rural aos serviços de saúde pública e saúde mental, garantindo-se os direitos e os preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Por meio dessas políticas voltadas ao rural, à especificidade da população rural e do DRS, conseqüentemente, se terá um ambiente equilibrado e condições socioeconômicas melhores, que contribuirão para um melhor nível de saúde dessa população.

Isso somente será alcançado com maiores investimentos nas políticas sociais para o meio rural, com linhas de crédito específicas e que supram as necessidades dessa população ao ampliar a qualidade de vida por meio de melhores condições socioeconômicas, e, principalmente, na saúde pública no contexto rural, com a implantação da (PNSIPCF) efetiva e atrelada ao DRS e a política de saúde mental, ampliando-se equipamentos que possam fazer parte da rede de apoio psicossocial, prevista na política de saúde mental, nas comunidades rurais.

Esses equipamentos podem vir a reduzir, a médio e longo prazo, os custos da saúde pública, garantindo-se os preceitos da Reforma Psiquiátrica, que é o tratamento em saúde mental por meio da inserção sociofamiliar, no sentido de educação para a saúde da população e também no acompanhamento, reduzindo-se assim a incidência de doenças físicas e mentais. Com isso, se poderá desafogar o SUS no processo curativo, reduzindo-se internações psiquiátricas e, conseqüentemente, o custo da saúde pública e a segregação social dessa população.

Torna-se, dessa forma, o atendimento mais humanizado e centrado no território de residência e convivência, facilitando o cuidado por meio das relações sociofamiliares, da rede intersetorial e, principalmente, dos serviços de Atenção Básica à saúde, hoje considerada a porta de entrada para as diferentes especialidades inclusive para a saúde mental. Dessa forma, viabilizar-se-á o acesso, em suas diferentes formas, como permanecer no serviço e realizar o tratamento adequado durante o período necessário, tendo como referência o elo com a equipe de Atenção Básica do território de residência e de saúde, garantindo, assim, a equidade e universalização do atendimento em saúde mental à população rural. No caso da pesquisa aqui desenvolvida, buscou-se entender como ocorre o acesso da população com transtorno mental aos serviços de saúde especializados e como o atendimento em saúde é ofertado no território de residência.

### 3 APRESENTAÇÃO DOS CAMPOS DA PESQUISA

#### Horas Felizes

Tem horas que horas nos parecem minutos.  
É o tempo se mostrando em nossa vida.  
Carregando com ele quantos mundos.  
E todos os seres habitantes da Terra.

Encorajados estamos, acima ávidos;  
Pensando calculando e remoendo.  
Na profunda desconsciência vamos.  
De tudo que nos sucumbe dentro.

Tem minutos que minutos parecem segundos.  
Imaginamos nossa salvação pessoal;  
Levantamos nossa bandeira no coração;  
Subimos como sublimes racionais.

As vezes afloram novas situações;  
Vivemos, vivemos, viveremos.  
Tudo vem, e no fundo intenções;  
Queremos, queremos, quereremos.

Tem segundos que parecem eternidade;  
Fogem, aparecem, somem, acontecem.  
Na descida da subida queremos ter  
A subida descida anoitecer.

Quando temos a fé, não estamos sós.  
Felicidade, feliz cidade, feliz idade.  
Contidas em apenas um segundo,  
Eternidade, esperança, eternidade.  
(Vanderlei Spaniol)

#### 3.1 DESAFIOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

A 20ª Regional de Saúde abrange 18 municípios, dos quais foram elencados três municípios para a pesquisa, a saber: Toledo (município com maior número de habitantes), Marechal Cândido Rondon (o segundo município da Regional com maior população) e Diamante D'Oeste<sup>21</sup>.

O principal desafio desta pesquisa foi a dificuldade de contato com as pessoas que têm transtorno mental e residem no meio rural, bem como com seus familiares, os quais, na grande maioria, não dispõem de sinal de telefonia móvel de qualidade nem possuem linha telefônica fixa. Em vários casos, foi realizado o contato direto na residência destes sujeitos, cuja localização se deu a partir de informações dos profissionais do CAPS II ou da UBS (Unidade Básica de Saúde) a qual pertencem.

---

<sup>21</sup> Esse município foi escolhido em razão da realização de um estudo sobre o potencial de Desenvolvimento rural sustentável do referido município, como parte da disciplina eletiva “Métodos de Pesquisa Interdisciplinares e Participativos”, do doutorado do Programa em Desenvolvimento Rural Sustentável.

Outra adversidade encontrada foi a complexidade em localizar certas propriedades rurais, o que exigiu várias paradas e solicitações de informações para que fosse possível identificar a localização exata da pessoa procurada. Isso demandou um tempo maior que o esperado para a realização da pesquisa, contudo, não comprometeu o trabalho e nem o seu resultado.

Para dar conta do objeto de estudo - identificar como a população do meio rural dos três municípios da 20ª Regional de Saúde elencados como universo da pesquisa, com transtorno mental, acessa os serviços especializados em saúde mental, nas suas dimensões social, cultural, produtiva, etc. Buscou-se conhecer os serviços em saúde mental no estado e nos municípios elencados como campo da pesquisa.

### 3.2 AMOSTRA E INSTRUMENTAIS TÉCNICOS PARA A COLETA DE DADOS

A amostra delimitada para a pesquisa foram os gestores dos três municípios da 20ª Regional elencados para a pesquisa e o gestor do CISCOPAR. Esses foram denominados **G1, G2, G3, G4 e G5**.

Dos usuários do CAPS II do município de Toledo, que residem no meio rural, a amostra coletada foi de 07 usuários; 04 que estão frequentando o CAPS II, 03 que não estão mais vinculados ao serviço e respectivo familiar que os acompanha no cotidiano e atendimentos em saúde mental.

Em Marechal Cândido Rondon, a amostra foi de 06 usuários, dos quais um não estava frequentando o CAPS II no momento da pesquisa. Destaca-se que em relação a um dos sete sujeitos da pesquisa, por estar na faixa etária de 12 anos de idade, fora do foco da pesquisa, que é de pessoas acima de 18 anos de idade, procedeu-se apenas à aplicação de questionário ao responsável pelo adolescente, totalizando, nesse município, 07 usuários da política de saúde mental e 08 familiares.

Em Diamante D' Oeste, a amostra inicial foi de 02 sujeitos, que faziam acompanhamento em serviço especializado em saúde mental. e residiam no interior, e, em relação a 01 deles, por estar também na faixa etária de 12 anos de idade, foi aplicado o questionário ao responsável ficando, dessa forma, apenas 01 sujeito usuário da política de saúde mental e 02 familiares como amostra desse município.

Dessa forma, obteve-se um total de amostra entre usuários, familiares e gestores de 35 sujeitos.

Para coletar os dados, foram elaborados Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices B,C,D,E), contendo os critérios de ética, como a não identificação do sujeito na análise e publicação dos dados, assim como o consentimento para a publicação dos resultados, o que foi

explicado aos sujeitos da pesquisa. O Termo foi assinado pelos sujeitos da pesquisa, permanecendo uma cópia com cada parte. Para os gestores das secretarias de saúde dos três municípios da 20ª Regional de Saúde elencados para a pesquisa e ao gestor do CISCOPAR, foi elaborado outro termo de consentimento para a coleta e uso dos dados, além do consentimento livre e esclarecido, tendo-se o cuidado para não expor os sujeitos da pesquisa em risco no decorrer da pesquisa.

Visando à contemplação do objetivo desta pesquisa, optou-se, como procedimentos técnicos, a utilização de entrevista estruturada e questionários (Apêndices F,G,H), uma vez que este tem duas funções a cumprir: “[...] descrever características e medir determinadas variáveis de um grupo social” (RICHARDSON, 2014, p. 190).

O questionário foi elaborado com questões abertas e fechadas, pois as questões abertas permitem, ao sujeito da pesquisa, maior autonomia na formulação das respostas, e as fechadas mostram de forma mais fácil e objetiva informações necessárias para o estudo desenvolvido. Embora, muitas vezes, esse tipo de entrevista, de acordo com Richardson (2014), acabe por forçar o entrevistado a escolher respostas que nem sempre são as que mais se aproximam de sua “forma de pensar”.

Na aplicação do questionário, optou-se pelo preenchimento por parte do sujeito durante o contato com a família/pessoa, buscando manter-se o mais fiel possível à resposta dada pelo sujeito e preservando-se as especificidades de cada um.

Com relação aos gestores municipais, o instrumental técnico que se utilizou foi a entrevista, a qual permitiu que se tivesse acesso e extraísse da fala dos entrevistados tanto dados objetivos quanto dados subjetivos, que ajudaram a compreender o universo de estudo (MINAYO, 1993).

No caso do CISCOPAR, acabou-se por fazer um roteiro de questões à parte, pois o órgão apresenta uma especificidade em relação às secretarias municipais. Esse instrumental foi criado no decorrer do processo de coleta de dados, após a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, pois se observou a necessidade de questionamentos diferenciados haja vista ser um trabalho que abrange todos os municípios da 20ª Regional de Saúde e/ou integrantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Costa Oeste do Paraná - CISCOPAR.

Cabe destacar que, no processo de levantamento de dados, foram ainda buscadas informações sobre a Regional de Saúde via site da SESA, e Secretarias Municipais de Saúde dos municípios alvo da pesquisa, assim como documentos e publicações realizadas em revistas, livros e em bancos de teses e dissertações, sites específicos como Tabnet/Datasus, CISCOPAR, SESA, IBGE, dentre outras para o referencial teórico da pesquisa.

A última etapa dessa pesquisa foi a análise e interpretação dos dados, que se realizou por meio da análise de conteúdo, extraindo-se das questões abertas os eixos centrais a serem analisados de forma qualitativa.

O tratamento dos dados foi realizado qualitativamente, com base na análise de conteúdo. Esse tipo de análise pode ser compreendido como aquele que analisa e extrai das falas os conteúdos relevantes ao objeto da pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa com transtorno mental foram identificados como **PA, PB, PC**, e assim sucessivamente, e os familiares responsáveis foram identificados como **FA, FB, FC**, e assim sucessivamente.

No item a seguir, serão abordadas as especificidades do território onde a pesquisa se desenvolveu para uma melhor compreensão da realidade dos sujeitos.

### 3.3 CONHECENDO A REALIDADE DO SUJEITO DA PESQUISA

Nesse item, buscou-se aprofundar o conhecimento sobre a realidade sujeito. Para tanto, explanou-se brevemente sobre a política de saúde mental, no estado do Paraná, que segue os preceitos da política nacional de saúde mental.

Como já visto no segundo capítulo, a política de saúde mental ficou centrada na hospitalização e, na grande maioria, sem retorno e inclusão dos indivíduos em sofrimento mental à sociedade e sua família até a realização da desospitalização após a Reforma Psiquiátrica. Com a consolidação desta, a realidade se modifica e o internamento passa a ser realizado quando todas as demais formas de atendimento não tiverem sido suficientes para estabilizar o quadro agudo e temporário. E, em casos extremos, quando não há nenhum vínculo e esgotadas as possibilidades de resgate familiar, se faz a inclusão em residência terapêutica, mas sempre como último recurso e para garantir a qualidade de vida e a dignidade de condições de vida.

Assim, iniciam-se as formas de atenção extra-hospitalares no intuito de reduzir as internações e “[...] propiciar a reinserção do cidadão em sua família e na comunidade a qual pertence” (PARANÁ, 2005, p.3), em centros de atenção psicossociais e de forma comunitária.

Nesse sentido, a Secretaria de Saúde do Paraná, por ter presente a necessidade e importância da garantia do “[...] acesso do usuário aos serviços de saúde, através da ampliação e reestruturação dos serviços extra-hospitalares”, estabelece como “um de seus objetivos implementar a reforma psiquiátrica no Paraná[...]”, objetivo esse cumprido por meio da Coordenação Estadual de Saúde Mental. (PARANÁ, 2005, p. 3).

### **3.3.1 Especificidade do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste Do Paraná – CISCOPAR**

Neste item, apresentar-se-á a especificidade do CISCOPAR, inserindo os dados obtidos na pesquisa de campo. A realidade dos Municípios foi demonstrada também com base em dados fornecidos pelo IBGE, contemplando brevemente a localização geográfica e particularidades da saúde nos municípios elencados para a pesquisa.

A 20ª Regional de Saúde do Paraná abrange um território ao qual disponibiliza serviços específicos, visando que todos os usuários possam acessar o atendimento à saúde nas suas diferentes modalidades. A partir de 1993, foi instituído o Consórcio Intermunicipal de Saúde – CISCOPAR, cumprindo-se o disposto na Lei 8.080/90 em seu Art. 10, segundo o qual “os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam,” em consonância com o § 1º, que estabelece o “[...] princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos que disporão sobre sua observância”, e com o § 2º, para o qual, no nível municipal, “[...] o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.”

O consórcio, segundo a definição CISCOPAR (2016, s.p.), “na área pública representa a vanguarda na execução dos serviços complementares, [...]” e é utilizado “[...] como instrumento de estímulo ao planejamento local e regional em saúde, [...]” de forma a oportunizar a “[...] viabilização financeira de investimentos e contribui para a superação de desafios locais no processo de implementação do Sistema”.

De acordo com as informações do CISCOPAR (2016a, s.p.), o Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná se configura como “[...] pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação, na forma da Lei nº 11.107, de 2005, [...]” cuja finalidade é constituir “[...] relações de cooperação federativa, inclusive, a realização de objetivos de interesse comum.”

Esse serviço foi regulamentado pelo Decreto nº 6.017/2007 e prima pelos princípios, diretrizes e normas definidos na Lei Federal nº 8.080/1990. Junto ao CISCOPAR, está implantado e em funcionamento o Centro Regional de Especialidades – CRE, o qual se configura em uma Unidade de Atenção Especializada e se destina à “[...] assistência ambulatorial em consultas médicas e exames para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), se constituindo em um dos serviços ofertados aos usuários do Consórcio”

(CISCOPAR, 2016a, s.p.). Para tanto, conta com consultórios e salas de exames, realizando o atendimento das 07h às 19h de segunda a sexta-feira (CISCOPAR, 2016a, s.p.).

Pelas informações contidas no endereço eletrônico do CISCOPAR (2016a, s.p.), o CRE atende os dezoito municípios que integram a 20ª Regional de Saúde, quais sejam: Assis Chateaubriand, Diamante do Oeste, Entre Rios do Oeste, Guaíra, Marechal Cândido Rondon, Maripá, Mercedes, Nova Santa Rosa, Ouro Verde do Oeste, Palotina, Pato Bragado, Quatro Pontes, Santa Helena, São José das Palmeiras, São Pedro do Iguaçu, Terra Roxa, Toledo e Tupãssi.

A sede do CISCOPAR está localizada na região central de Toledo, na Rua XV de Novembro, em frente ao Hospital Bom Jesus. Em 2015, o serviço foi ampliado, pois se inaugurou uma nova estrutura física situada no Bairro Jardim Coopagro, Rua Rodrigues Alves, 1437. Concomitantemente a essas mudanças, houve uma alteração de nomenclatura e o CREA passou a ser o CEP – Centro de Especialidades do Paraná, cuja principal função é a de “[...] garantir o acesso da população às consultas nas diversas especialidades e também realizar apoio diagnóstico” (CISCOPAR, 2016a, s.p.).

A Gestão<sup>22</sup> do CISCOPAR é feita por uma diretoria administrativa, a qual tem como prioridade a qualidade e eficácia no atendimento para que toda a demanda seja suprida com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida ao usuário, visto que os municípios, em sua maioria, têm uma demanda muito grande por atendimentos na área da saúde de atenção básica, mas também nas diversas especialidades.

Todo usuário que necessita de um atendimento especializado, incluindo atendimento psiquiátrico, é encaminhado ao CISCOPAR, pois a especialidade nem sempre pode ser ofertada no município de origem do usuário. Isso ocorre porque os recursos de alguns municípios são escassos. Apesar de aplicarem os mínimos de investimento na área da saúde estabelecidos na legislação pertinente, não conseguem manter as especialidades no município, sendo ofertada no município de referência.

Essa demanda é sanada pelo CISCOPAR, segundo o gestor, por meio de contratação dessas especialidades, feita via chamamento público “aberto” de profissionais especializados e disponibiliza o agendamento para os municípios, que viabilizam o acesso ao serviço. Esse atendimento supre, parcialmente, a necessidade e o direito de acesso ao tratamento, porém na contramão da lógica do cuidado no território de residência e saúde do sujeito. Por outro lado, se torna difícil a descentralização do atendimento, exceto pelo matriciamento, mas quando a

---

<sup>22</sup> As informações aqui apresentadas, que não têm fonte, foram coletadas com os gestores para essa pesquisa, organizadas e parafraseadas por nós.

necessidade for de atendimento por especialista, se faz necessário o deslocamento até onde o profissional está lotado ou em que o serviço é ofertado.

Em alguns períodos, o CISCOPAR tem tido dificuldade para credenciar especialistas, como nefrologista, hematologista, psiquiatra, por exemplo, pois há escassez desses profissionais no mercado, na região, e alguns não se dispõem a trabalhar no setor público.

Essa escassez de profissionais para a contratação no setor público ou, mais especificamente, junto ao CISCOPAR, se configura em uma das principais dificuldades ao atendimento em saúde mental apontadas no decorrer da pesquisa. Foi indicado o número insuficiente de psiquiatras vinculados ou dispostos a se vincular ao atendimento público. Assim, se manejam os casos no território pela Atenção Básica da melhor forma possível, via matriciamento do Modelo de Atenção das Condições Crônicas - MACC.

Na data da pesquisa, o CISCOPAR atendia, em média, seiscentas pessoas dia. No ano de 2018, foram realizados 1.200.000 procedimentos, entre consultas, exames e procedimentos ambulatoriais de todas as especialidades, somando os 18 municípios conveniados,

Para a gestão do serviço, o CISCOPAR conta com recursos repassados pelo estado, mensalmente, após a realização da prestação de contas dos procedimentos realizados.

Cabe destacar que o atendimento à população é feito mediante agendamento da consulta ou exame, realizado pelas secretarias de saúde dos municípios consorciados e com base na solicitação de um profissional médico de uma Unidade Básica de Saúde - UBS do município.

Nesse sentido, o gestor afirma que o tipo de demanda encaminhada pelos municípios para atendimento no CISCOPAR está relacionado às especialidades médicas (Ginecologia, Obstetrícia, Endocrinologia, Cardiologia, Psiquiatria) e também a atendimento multiprofissional para Psicologia, Serviço Social. No intuito de atender a demanda do sujeito e do município que o encaminhou, por não ter as especialidades ou não tê-las em número suficiente, o CISCOPAR tenta viabilizar esses serviços credenciando profissionais para atender a demanda.

O CISCOPAR conta ainda com o Centro de Especialidades – CEP, que abrange a realização de exames e atendimento em diversas especialidades médicas. Dentre os exames, cita-se eletrocardiograma, eletroencefalograma, eletroneuromiografia, ultrassonografia, holter 24 horas, mapa, teste de esforço, ecocardiograma.

Já, com relação às especialidades médicas, o CEP<sup>23</sup> recebe pacientes encaminhados para atendimento em “[...] Ortopedia, Otorrinolaringologia, Angiologia, Neurologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Urologia, Proctologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Ginecologia e Obstetrícia, Anestesia, Cardiologia, Geriatria, Neurocirurgia, Psiquiatria, Reumatologia, Endocrinologia, Oftalmologia, Pneumologia” (CISCOPAR, 2016, s.p.).

Outro serviço implantado no CISCOPAR é a Linha de Cuidado da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus, por meio do MACC, que “[...] representa um marco na mudança da abordagem destas condições, tanto pela Atenção Primária à Saúde, quanto pela Atenção Secundária” (CISCOPAR, 2016b, s.p.).

A população atendida por esse modelo é aquela que foi “[...] estratificada nas Unidades Básicas de Saúde ou nas Estratégias de Saúde da Família, dos municípios que fazem parte do consórcio”. Tal estratificação tem por base o modelo guia citado, pelo qual os pacientes caracterizados como alto risco são atendidos por uma equipe multiprofissional especializada, juntamente ao serviço das Unidades Básicas de Saúde que encaminhou o paciente, caracterizando um cuidado compartilhado por meio de referência e contra referência. (CISCOPAR, 2016b, s.p.).

Outro programa também implantado pela Secretaria do Estado e ligado ao atendimento pelo CISCOPAR, vinculado ao MACC, é o Programa Rede Mãe Paranaense<sup>24</sup>. (CISCOPAR, 2016b, s.p.). Esse programa tem por objetivo “[...] promover um atendimento diferenciado às gestantes de risco intermediário e alto risco, realizando atendimento integralizado com o intuito de proporcionar uma gestação e parto seguro e bebê saudável” (PARANÁ, 2014, p. 20).

Além disso, outra demanda importante atendida pelo CISCOPAR, em relação a doenças crônicas, é o serviço ofertado pelos Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA, oferecendo a testagem de exames para HIV, Hepatites, Sífilis de forma gratuita, confidencial e anônima, partindo da educação em saúde e do aconselhamento como abordagens de redução de risco e vulnerabilidade.

---

23 Além desses atendimentos, o CEP conta também com serviços terceirizados através de consultas especializadas; diagnóstico por laboratório clínico; diagnóstico por radiologia; diagnóstico por ultrassonografia; diagnóstico por tomografia; diagnóstico por ressonância magnética; diagnóstico por medicina nuclear in vivo; diagnóstico por endoscopia; diagnóstico por radiologia intervencionista; fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia; fornecimento de óculos e próteses oculares (CISCOPAR, 2016, s.p.).

24 A intenção do Programa Rede Mãe Paranaense é oferecer às pacientes um pré-natal diferenciado em virtude da condição de saúde mais fragilizada das gestantes, e um atendimento mais completo e efetivo durante a gravidez e também após o nascimento do bebê. Nesse caso, o recém-nascido também é assistido por uma equipe multiprofissional especializada visando à detecção precoce de possíveis alterações no desenvolvimento e saúde do bebê.

Esse tipo de atendimento desempenha papel fundamental para a efetivação do princípio da equidade no SUS, pois inclui “[...] a particularidade de grupos prioritários – Homens que fazem sexo com Homens, profissionais do sexo, usuários de álcool e outras drogas e travestis, entre outros – na construção de um sistema de saúde universal”. (CISCOPAR, 2016, s.p.).

O CISCOPAR (2016d, s.p.) implantou o CIS pré-natal em 1998 e “[...] um laboratório para atender a demanda de exames de HIV, Sífilis e Hepatites das gestantes [...]”, percebendo, posteriormente, a “[...] importância de ampliar o diagnóstico para demanda espontânea”. O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) foi implantado no ano de 2000, no intuito de “[...] ter mais resolutividade aos casos diagnosticados e em 2001 implantou-se o SAE<sup>25</sup>”.

O programa de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais é desenvolvido pelo CISCOPAR nos 18 municípios de sua abrangência, com o orçamento oriundo do “Programa Anual de Metas (PAM), validado pelo Ministério da Saúde. Esses recursos são repassados fundo a fundo – do Ministério da Saúde para o Município de Toledo.” (CISCOPAR, 2016d, s.p.).

O CISCOPAR conta, ainda, com o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, instituído junto ao consórcio de Toledo pela Portaria 118/GM/MS, de 19 de janeiro de 2006, como porte II e passou a ser de porte III<sup>26</sup> pela Portaria nº 1.519, de 12 de julho de 2012. Em 19 de maio de 2014, por meio da Portaria nº 965, deu-se a adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência<sup>27</sup>. Pela Portaria n.º 2.937, de 20 de novembro de 2006, passou a contar com “[...] o Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), que confecciona próteses totais (PT) e próteses parciais removíveis (PPR) aos pacientes, de forma gratuita pelo SUS.” (CISCOPAR, 2016e, s.p) Trata-se de um serviço de extrema importância para a manutenção da saúde de modo geral, inclusive, contribuindo para a saúde mental, pois oportuniza, via seus serviços de próteses e tratamentos, a melhora da autoestima e da dignidade da pessoa.

Outro serviço vinculado ao CISCOPAR de Toledo é a Unidade de Coleta e Transfusão de Hemoderivados de Toledo. Esse foi implantado em 05 de outubro de 1997 e fez as primeiras coletas de sangue em 1998. No início das atividades, a Unidade era “administrada pela Prefeitura Municipal de Toledo em parceira com a Secretaria de Saúde do Estado. É uma

---

25 Serviço de Assistência Especializado - SAE (CISCOPAR, 2016c).

26 O Tipo II possui 04 cadeiras odontológicas e, para Tipo III, 07 cadeiras odontológicas. (CISCOPAR, 2016e, s.p.).

27 Paciente com necessidades especiais é todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional (CISCOPAR, 2016b, s.p.).

Unidade ligada à rede HEMEPAR<sup>28</sup> – Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná [...]” (CISCOPAR, 2016d, s.p.).

O CISCOPAR conta, ainda, com o Laboratório de Análises de Água<sup>29</sup> e Análises Clínicas. Nesses serviços, o laboratório de análises faz exames de HIV, Sífilis ou Hepatite B, que são de livre demanda. Segundo o CISCOPAR (2016b, s.p.), “Qualquer pessoa pode se direcionar à Unidade Básica de Saúde ou ao CTA do CISCOPAR e solicitar os exames.”

Em relação à saúde mental, o CISCOPAR tem um serviço diferenciado, denominado SIM PR (Serviço Integrado de Saúde Mental). Esse serviço foi implantado em 2014 e oferta um projeto de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III)<sup>30</sup>. Compõe a rede de atenção psicossocial – RAPS “[...] na 20ª Regional de Saúde do Paraná, e a rede de cuidados para pessoas que tenham médio e alto risco em saúde mental referente a problemas de álcool e outras drogas.”

O CISCOPAR conta com uma equipe multiprofissional composta por coordenador, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliar administrativo, profissional de Serviço Social, Psicologia, Nutrição e equipe do serviço de apoio. Todos os colaboradores são capacitados de forma continuada.

A formação continuada ou permanente é de suma importância para a melhoria do atendimento ofertado para a população. Nessa situação, o gestor expressa a ideia de que o funcionário mais bem preparado e consciente de suas responsabilidades traz uma realidade que proporciona qualidade muito superior no atendimento, além de possibilitar um atendimento mais humanizado. A formação continuada e permanente também pode implicar diretamente a satisfação do cidadão em relação ao serviço, facilitando, assim, a adesão ao tratamento e evitando possíveis recaídas.

Deve-se lembrar que os pacientes foco deste estudo são os que residem em áreas rurais e que são atendidos em suas necessidades relacionadas à saúde mental. Nesse caso específico, além de terem que superar as dificuldades relacionadas ao acesso ao serviço, a humanização promovida por profissionais capacitados é de grande importância visto tratar-se de uma

---

<sup>28</sup> “O Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná (Hemepar) é uma unidade da Secretaria de Estado de Saúde. É responsável pela coleta, armazenamento, processamento, transfusão e distribuição de sangue para 384 hospitais públicos, privados e filantrópicos que atuam em todas as regiões do Paraná.”(PARANÁ, s.a e s.p).

<sup>29</sup> Realiza a análise microbiológica e físico-química da água para ver se é potável, ou seja, própria para o consumo humano, sem gerar risco à saúde.

<sup>30</sup> O CAPS AD III conta com as seguintes atribuições finalísticas: Atender; Acolher; Reabilitar; Reinsserir (CISCOPAR, 2016c, s.p.).

clientela que pode ser vítima de preconceito, além das sequelas físicas, neurológicas que potencializam o sofrimento gerado pela doença crônica de que são acometidos.

Por meio da pesquisa realizada, pode-se compreender que na perspectiva do gestor, a dificuldade de acessar o serviço especializado em saúde mental, junto ao CISCOPAR, centra-se na disponibilidade de profissionais no mercado de trabalho e não na questão de investimento do município ou na coparticipação do município. A coparticipação consiste no repasse de uma cota que cada município faz correspondente ao custo dos serviços que contratou junto ao CISCOPAR e de acordo com o número da população e orçamento que dispunha.

O atendimento à demanda dos municípios é realizado na forma de livre acesso, o qual “[...] é composto por atendimento tratamento contínuo, tratamento integral e matriciamento da RAPS e Atenção Primária”. E o trabalho é desenvolvido por equipe multiprofissional que trabalha no âmbito interdisciplinar (CISCOPAR, 2016, s.p.).

Para a execução desse programa, vem recurso estadual de custeio mensal no valor de R\$ 52.500,00, e recurso federal, de custeio mensal, no valor de R\$ 105.000,00, havendo também contribuição dos municípios vinculados ao consórcio (CISCOPAR, 2016, s.p.).

Em relação ao atendimento em saúde mental, a pesquisa mostrou que aos municípios vinculados, que não apresentam em sua rede os serviços do CAPS AD, esse é ofertado via SIM/PR, responsável pela realização do atendimento especializado a pacientes dependentes de álcool e outras drogas. Os pacientes dos municípios consorciados podem permanecer no serviço até 14 dias para a desintoxicação e retornar ao serviço sempre que necessário, pois é um serviço “porta aberta” e atende 24 horas. O SIM/PR conta com equipe multidisciplinar composta por psicólogo, assistente social, médicos, dentre outros profissionais para o atendimento aos usuários.

Desde maio de 2019, o atendimento do CISCOPAR à Atenção em Saúde Mental para pacientes caracterizados como alto risco também é feito via Modelo de Atenção às Condições Crônicas - MACC. Para a efetivação desses atendimentos via MACC, é realizado o matriciamento. Para isso, é realizada a capacitação das equipes da Atenção Básica para a aplicação do instrumental de estratificação de risco (Anexo D) e somente as unidades de saúde que já foram matriciadas pelo MACC é que fazem a estratificação de risco e encaminham para a psiquiatria quando é alto risco.

O matriciamento em saúde hoje é uma rotina aplicada em todos os municípios, de acordo com a preconização sugerida pela política de saúde e saúde mental, segundo a qual a Atenção Primária em Saúde - APS maneja os casos clínicos de pessoas com transtorno mental

cujo quadro seja de menor intensidade, o que é apurado por meio da estratificação de risco. (PARANÁ, 2014).

Essa estratificação é respeitada segundo o Caderno 08 da Linha Guia Paranaense. Por exemplo, em se classificando um paciente na pontuação de 0 e 30 pontos, fica com a classificação de baixo risco, portanto, terá o atendimento na APS do município, porém receberá matriciamento da equipe da Atenção Especializada, no caso do CISCOPAR, pela equipe do MACC. Caso seja uma estratificação de médio risco, entre 31 e 50, será atendido por médico especialista, no caso psiquiatra, em Ambulatório de Saúde Mental e, quando alto risco, de 51 pontos acima, em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (PARANÁ, 2014).

Uma das preocupações da pesquisa era identificar se havia algum município ou território que se destacava em número de atendimentos. Todavia, a realidade identificada junto ao CISCOPAR é basicamente a mesma em todos os municípios, contudo, o município de Toledo acaba encaminhando menos ao CISCOPAR, pois já tem uma rede de atenção à saúde mental mais organizada do que os demais municípios, composta por CAPS II, CAPS I, CAPS AD, e o Ambulatório de Saúde Mental, que atende as especificidades de transtornos mentais e uso ou dependência de substâncias e álcool.

Como o atendimento é realizado fora de sua cidade de origem, as pessoas com transtornos mentais atendidas no CISCOPAR acabam ficando no território da Regional de Saúde, mas fora de seu território de vivência/comunidade, exceto quando atendido via matriciamento, embora haja a elaboração de atividades conjuntas e um PTS em comum com a Atenção Primária em saúde. Hoje, o matriciamento é a forma mais efetiva de garantir o atendimento no território de saúde e residência.

Quanto ao atendimento específico aos transtornos mentais, por meio de consultas ambulatoriais, no momento que chegam ao serviço, passam por triagem do profissional da enfermagem, assistência social, nutrição e psicologia e, se necessário, passam por clínico geral.

Como protocolo clínico especializado, o CRESEMS, CISCOPAR e 20ª. Regional de Saúde – Toledo PR, para a área da Psiquiatria, definem como pré-requisitos a serem considerados: “História clínica detalhada; Exame físico completo; Exames complementares essenciais conforme o caso; Tratamentos prévios e/ou atuais” (CISCOPAR, 2016, s.p.). Como Indicações de encaminhamentos, tem-se:

- 1- Síndrome de pânico e ansiedade generalizada que não responde à medicação;
- 2 - Fobia Social;
- 3 - Transtorno obsessivo compulsivo ou outros quadros que apresentam também depressão, abuso de substâncias ou grande

comprometimento do desempenho; 4 - Psicoses e surtos psicóticos; 5 - Depressão maior refratária ao tratamento; 6 - Toxicodependência; 7 - Esquizofrenia; 8 - Distúrbio alimentar (bulimia, anorexia); 9 - Distúrbios comportamentais; 10 - Tentativa de suicídio (CISCOPAR, 2016, s.p.).

Buscou-se saber como é efetivado o internamento psiquiátrico das pessoas com transtorno mental mediante quadros mais graves e de acordo com a avaliação do especialista. Constatou-se que é realizada a solicitação do especialista e o paciente retorna ao município de origem, o qual coloca esse paciente na Central de Leitos.” A regulação é feita pelo estado para a viabilização da vaga via SUS. O paciente é encaminhado ao hospital psiquiátrico onde há vaga disponível no estado (PARANÁ, 2014).

Em relação ao acesso e à qualidade da assistência prestada pelo CISCOPAR, a pesquisa demonstrou que o Consórcio prima pela excelência dos serviços ofertados, mas é apontada pelos gestores a possibilidade de melhorar continuamente. Esta otimização do serviço só será alcançada mediante a disponibilidade de profissionais em número suficiente para atender a demanda, concomitantemente à ação de matriciamento para que a Atenção Básica tenha mais segurança em atender e monitorar o paciente em seu território estendendo-se também ao meio rural.

### **3.3.2 Atenção Básica em Saúde nos Municípios *Locus* na Pesquisa**

A Atenção Básica segue os mesmos preceitos adotados no território nacional, contudo, tem particularidades em cada município e território de abrangência da UBS ou ESF, como número destas em cada município de acordo com a necessidade da população. Pode-se ter variações no sentido de capacitação permanente ofertada com recursos próprios do município, mas sem comprometer a formação continuada desses profissionais haja vista as recebidas via Regional de Saúde e SESA. Os municípios podem, no entanto, oferecer capacitação em assuntos diferenciados, relacionados à prática de forma a contribuir no acesso e adesão da população aos serviços.

Quanto ao número de restabelecimentos nos municípios, nas áreas rurais e urbanas, o quadro 02 mostra esses números, como também a população urbana e rural, segundo os dados do IBGE, do Censo Demográfico de 2010, que foi o último realizado (novo Censo será no ano de 2020).

**Quadro 2- Panorama populacional e de atenção básica e saúde mental dos municípios.**

Município	Pop. urbana	Pop. rural	UBS	ESF	Unidade de Atenção Saúde Mental
Toledo	108.259	11054	14	07	04
MCR	39.147	7.672	06	07	01
Diamante D' Oeste	2.561	2.466	03	00	00

**Fonte:** Dados extraídos pela autora dos cadernos do IBGE, 2010.

De modo geral, a população do meio rural é bem menor que a urbana, exceto no Município de Diamante D'Oeste, pois, neste, a população urbana e rural é equivalente.

Os municípios vêm cumprindo com os preceitos do SUS para o atendimento da demanda na Atenção Primária/Básica da população no município.

Em Toledo, atualmente, do total de estabelecimentos que atendem à Atenção Básica em Saúde, 09 estão situadas no meio rural. Marechal Cândido Rondon tem 01 UBS e 02 ESF no meio rural. O município de Diamante D'Oeste conta com uma Unidade de Saúde da Família no meio rural e uma situada na aldeia indígena, que atende à demanda indígena junto com atenção à saúde indígena. Além disso, conta com assentamento de Sem Terras, que buscou junto ao poder público municipal a instalação de uma também nessa comunidade.

Os municípios de Marechal e Diamante D'Oeste são matriciados pelo CISCOPAR, através do MACC, para o atendimento e manejo dos quadros de transtornos mentais mais graves e que necessitam de assistência especializada em Psiquiatria e acompanhamento no território destes pacientes, visando à melhora e manutenção da estabilização do quadro. Toledo conta hoje com o matriciamento realizado pela equipe da Saúde Mental, responsável pela territorialização das UBS e ESF e organização de duplas para a realização do matriciamento das unidades nesses territórios. Essa equipe recebeu a capacitação pela 20ª Regional, específica sobre matriciamento e estratificação de risco, e SESA, por meio do APSUS. Estas capacitações também foram ofertadas para as equipes da Atenção Primária, contudo estas são matriciadas; desenvolvem o PTS em conjunto com a RAPS e a Atenção Especializada.

Hoje, ainda, há poucos municípios pertencentes à 20ª Regional de Saúde que possuem a modalidade de CAPS para atendimento da população com transtorno mental. Os municípios da 20ª Regional que possuem CAPS para atendimento em saúde mental de sua população, segundo o PDR (PARANÁ, 2015, p.171), são: Guaíra e Palotina, que possuem CAPS I, e Toledo, que conta com atendimento ambulatorial, CAPS II, hoje com 640 pacientes vinculados no atendimento ofertado; CAPS AD, embora não esteja no PDR, pois à época da

elaboração do documento ainda não haviam implantado CAPS. É sabido que Marechal Cândido Rondon e Assis Chateaubriand, atualmente, possuem CAPS I e Toledo tem hoje CAPS I e CAPS AD III, habilitados após a elaboração do PDR de 2015. No item a seguir, destacar-se-á essa modalidade de atenção em saúde mental nos municípios alvo dessa pesquisa.

### **3.3.3 Atenção Especializada em Saúde Mental no Município de Toledo**

A Atenção Especializada em Saúde Mental iniciou no município de Toledo ainda no final dos anos 90, com o ambulatório de saúde mental, em função do crescente número de pacientes necessitando desse tipo de acompanhamento via SUS. O atendimento era realizado junto ao Posto do Centro, chamado pela população de “postão”. Na época, eram ofertadas somente consultas em Psiquiatria.

Posteriormente, com a Reforma Psiquiátrica, iniciou-se o projeto de um CAPS II no município. Este foi oficialmente instituído na Avenida Maripá, 6 999, Jardim Filadélfia, e recebeu o nome de CAPS II, Dr Jorge Nisiide<sup>31</sup> “Lugar Possível.”

O CAPS II, em Toledo, é um serviço ambulatorial de alta complexidade, de atendimento diário, visando ao tratamento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental. Objetiva reinserir o paciente na família e na sociedade, promover a independência e autonomia deste, além de desenvolver habilidades que possibilitem atividades produtivas (reabilitação psicossocial).

Atualmente, este serviço atende 640 pacientes com transtorno mental severo e persistente, a partir de 18 anos, egressos ou não de hospitais psiquiátricos, e que necessitam de um cuidado terapêutico mais intensivo e individualizado por meio de equipe multiprofissional.

O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II atende exclusivamente pessoas cujo quadro é de transtorno mental severo e persistente. Atualmente, existe uma média de 640 pessoas em atendimento residentes em Toledo (área urbana quanto rural) e qualquer tipo de atendimento são realizados com horário marcados, evitando-se, dessa forma, esperas, que podem gerar quadros de ansiedade nos pacientes e idas ao serviço sem que haja o atendimento procurado e esperado.

---

31 Esse nome foi atribuído ao CAPS II como uma homenagem ao Dr. Jorge Nisiide, que era médico psiquiatra na cidade e faleceu em 2006, vítima de um câncer de cérebro. O CAPS II de Toledo foi assim denominado por meio do Decreto Municipal 255/2006. (Toledo, 2006)

O CAPS II atendia livre demanda, era, portanto, considerado porta aberta, contudo, em 2019, houve mudanças no fluxo do serviço e passou a atender a demanda referenciada pelas UBS/ESFs ou pela UPA e o Pronto Atendimento Municipal- PAM, hospital psiquiátrico, ou paciente que já esteja em um dos serviços de saúde mental e tenha o perfil para CAPS II, ou seja, tenha acima de 18 anos, e estratificação de alto risco, acima de 50 pontos.

Cabe destacar que, em algumas situações, quando a pessoa referenciada está muito próxima à idade de 18 anos e precisa do atendimento especializado, é feita a admissão no CAPS II, para que o vínculo seja feito diretamente nesse serviço e evite a mudança de serviço, visto que, às vezes, vincula-se a um dos serviços e tem dificuldades para vincular-se ao outro, o que, em algumas situações, leva à desistência do tratamento.

O CAPS II, ao receber a pessoa com a estratificação, faz o acolhimento, buscando conhecer aspectos socioeconômicos, familiares e do histórico da doença e tratamentos preexistentes que possam levar à melhor compreensão desse sujeito e um PTS adequado às necessidades de cada um. Após esse acolhimento, é realizada a discussão do caso nas reuniões de equipe e definido então o PTS, respeitando-se horários e interesses levantados no acolhimento em conjunto com paciente e familiar que o acompanha nesse momento. A partir daí, é agendado horário para consulta, atendimento psicológico se for o caso, escuta e orientação sociofamiliar, oficinas terapêuticas, etc.

Com relação à estrutura, o CAPS II localiza-se ao lado da Cozinha Social. Antigamente, nesse local, funcionava uma indústria de plástico e, com a falência desta, o local passou a pertencer ao município. Todavia, por ser uma construção antiga, apresenta várias irregularidades estruturais, as quais geram transtornos. Além disso, devido à grande demanda que procura atendimento no local, o tamanho é considerado insuficiente para o fluxo de atendimento hoje vinculado à instituição.

O CAPS II oferece atendimentos individuais e coletivos aos usuários do serviço. Assim, as oficinas caracterizam-se por trabalhos de grupos coordenados por psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro, assistente social, arteterapeuta, com finalidades terapêuticas, operativas (educacionais), reabilitativas, reflexivas.

As oficinas terapêuticas acontecem ao longo da semana, organizadas no período matutino e vespertino, conforme a disponibilidade dos profissionais para atividade em grupo. Dentre as oficinas atualmente oferecidas aos pacientes acompanhados pelo CAPS II, estão: Arte com Fio, Pintura em MDF, Pintura em Tecido, Oficina de Cultivo de Orquídeas; Oficina de Esportes; Lavauto; Grupo de Terapia; Oficina de Ansiedade e Relaxamento; Oficina

Mosaico; além de atividade individuais de terapia; escuta e orientação social; auriculoterapia<sup>32</sup>, e visitas domiciliares<sup>33</sup>.

Todas as oficinas têm objetivos terapêuticos, visando diferentes áreas de desenvolvimento e todas com o objetivo central de oportunizar a reinserção sociofamiliar.

Na segunda feira, são desenvolvidas as Oficinas de Pintura em MDF e Oficina de Jogos de Mesa, de Arte com Fio e a Oficina de Pintura em Tecidos.

Na terça-feira, é realizada a Oficina de Arte com Fio, Oficina de Lavauto. Grupo de Terapia, Oficina de Ansiedade e Relaxamento para o público masculino e a Oficina de Esporte desenvolvida no Yara Country Clube, pois o espaço físico do CAPS II não comporta esse tipo de atividade.

Na quarta, tem-se, no CAPS II, a Oficina de Arte com Fio e a Oficina de Orquídeas, contando com um orquidário construído com recursos recebidos através do projeto Arte, Cultura e Renda, do Ministério da Saúde. Na Oficina de Arte com Fio, o público participante é predominantemente feminino, contudo, também pode ter público masculino. É oferecido também na quarta-feira a Oficina Fazendo Arte e Oficina de Ansiedade e Relaxamento cujo público-alvo é feminino.

Na quinta-feira, o CAPS II conta com Oficina Mosaico, Juntando os Cacos, desenvolvida por uma arteterapeuta de forma voluntária, Oficina de Ansiedade e Relaxamento (Feminino) e a Oficina de Sabonete.

Na sexta-feira, no período da manhã, na sala maior de oficinas, é realizada a reunião de equipe, momento em que são discutidos assuntos gerais pertinentes aos pacientes e funcionários do CAPS. Também são discutidos os atendimentos de acolhimento (triagens) dos pacientes que serão incluídos no serviço, realizados no decorrer da semana, para definir o PTS com base no que o paciente demonstrou interesse em participar e horários de preferência. Oficina de Reeducação Alimentar, Oficina Saúde, Ética e Educação, Oficina de Arte com Fio e a Oficina Construindo a Juventude são desenvolvidas no cotidiano do CAPS II e têm duração de uma a duas horas e meia conforme a oficina.

Também é realizado o acolhimento, que se constitui no primeiro contato do paciente com o serviço após o encaminhamento e estratificação pela UBS/ESF. Essa é a principal porta de entrada ao serviço, pois, em razão do matriciamento e da estratificação de risco na Atenção

---

<sup>32</sup> A auriculoterapia é realizada pela enfermeira e pela terapeuta ocupacional, distribuída ao longo da semana entre os atendimentos coletivos e as triagens que as profissionais fazem, com o objetivo de harmonizar o equilíbrio energético e é realizado de acordo com a demanda e queixa da pessoa.

<sup>33</sup> A visita é realizada pelos profissionais vinculados ao CAPS II, sempre em dupla por questão de segurança e também de acordo com o objetivo da visita.

Primária, preconizado pelo estado, o CAPS II deixou de ser porta aberta, recebendo então os pacientes já estratificados. O acolhimento é realizado pelos profissionais de Serviço Social, Psicologia e Enfermagem, que disponibilizam um horário fixo na semana para tal atividade e, quando há situações de extrema urgência, como tentativa de suicídio, por exemplo, e que vem encaminhado da urgência e emergência, abre-se espaço na agenda e se faz o acolhimento de imediato, no mais tardar no dia seguinte, ou seja, agiliza-se a consulta por meio de encaixe e psicoterapia como urgentíssimo.

O CAPS II, através dos profissionais, busca firmar o trabalho em rede com todos os serviços públicos existentes no município, em especial com o CAPS ad e Ambulatório de Saúde Mental. Busca também parcerias com as instituições privadas e trocas de experiências com os CAPS da região, Centros de Convivência (CERTI) e Centros da Juventude, escolas municipais e estaduais, além dos serviços privados com que o CAPS firma parceria: universidades, atelier, SENAI e SENAC, com a finalidade de profissionalização e reinserção socioeconômica e familiar.

O CAPS II tem uma sala pequena para recepção; 01 sala para o administrativo na qual fica também a coordenação; 01 consultório utilizado para consultas de Psiquiatria e, no contraturno de consultas psiquiátricas, pela Enfermagem; 01 sala para Psicologia; 01 sala para o atendimento de Terapia Ocupacional e Serviço Social, que fazem um revezamento para os atendimentos individuais; e 03 salas de oficinas, denominadas de oficina 01, 02 e 03.

A sala de oficina um é um local amplo, com capacidade de até 12 pacientes. Tem uma porta lateral e janelas amplas para claridade e ventilação. É mais utilizada para atividades de arte terapia, relaxamento, reuniões de família, reuniões de equipe, pois tem duas mesas que são utilizadas para atividades.

Os locais destinados para as oficinas 02 e 03 são salas pequenas, o que dificulta a organização de armários e a organização das cadeiras para trabalho. Comportam em torno de 06 pacientes por oficina confortavelmente, porém houve épocas em que, na oficina 02, havia até 10 pacientes.

A sala da oficina 02 tem apenas uma janela. A sala da oficina três, após uma ampliação da estrutura da Cozinha Social, acabou por ter a única janela para ventilação fechada, dificultando muito o trabalho nessa sala, pois, além de abafada, tem pouca luminosidade.

O CAPS II possui uma cozinha pequena e um cômodo utilizado para guardar produtos e equipamentos para limpeza.

Em relação à composição da equipe que atua junto ao CAPS II, o quadro 03 nos mostra o *roll* desses profissionais e suas respectivas cargas horárias.

**Quadro 3 - Equipe do CAPS II e carga horária semanal**

Profissionais	Quantidade	Horas semanais
Médico Psiquiatra	01	20
Enfermeiro	01	30
Psicólogo	02	30
Assistente Social	01	30
Técnico de Enfermagem	02	30
Terapeuta Ocupacional	01	30
Estagiárias da área de Psicologia	02	30
Auxiliar em Desenvolvimento Social	01	40
Assistente Administrativo	01	40
Coordenador	01	30
Auxiliar de Serviços Gerais (terceirizado)	01	40

**Fonte:** Dados coletados na pesquisa 2019.

Constitui-se em equipe multiprofissional e interdisciplinar o que permite um olhar global em relação ao usuário do serviço e também da família, bem como um atendimento cujo resultado é muito mais complexo e assertivo, cumprindo, assim, os preceitos da humanização e os direitos humanos desses usuários.

Os internamentos psiquiátricos no CAPS II, assim como nos demais, são realizados via Central de Leitos do Estado, cuja sede de regulação fica em Curitiba. Os internamentos são solicitados quando esgotadas todas as formas de estabilização do quadro psíquico no serviço.

Em 2017, houve 13 óbitos em Toledo, que podem ser relacionados aos transtornos mentais, enquadrado como lesão autoprovocada voluntariamente no CID – 10.

No município de Toledo, em 2018, segundo IPARDES (2018), houve 811 mortes por doenças de modo geral- CID10. Desse total, cabe destacar, pelo enfoque da pesquisa, que 12 óbitos ocorreram devido a transtornos mentais.

Em saúde mental, o município de Toledo conta hoje com Ambulatório de Saúde Mental, CAPS II e CAPS AD (especializado em atendimento a pessoas com dependência química) que atendem especificamente à população de Toledo. O CAPS AD III atende à região, pois é mantido pelo Sistema Integrado de Municípios com recursos do Estado, e clínicas e consultórios que fazem atendimento via CISCOPAR (TOLEDO, 2017, p. 102).

Segundo o Plano Municipal de Saúde (TOLEDO, 2017, p. 106), o Ambulatório atendeu, em 2016, 4.100 pessoas na área da Psiquiatria. Havia, em 2018, uma fila de espera de 1.284 pessoas aguardando esse tipo de atendimento. Nesse serviço, não são ofertadas oficinas terapêuticas, como no CAPS II, e AD, mas tem atendimento em Psicoterapia e Fonoaudiologia. O Ambulatório tem a finalidade de atender a demanda de pessoas cuja estratificação de risco dê um escore de médio risco, ou seja, que atinja a pontuação de 30 a 50 pontos. Em 2020, há uma demanda reprimida de 948 pessoas.

Como mencionado anteriormente, o Centro de Atenção Psicossocial Dr. Jorge Nisiide “Lugar Possível” - CAPS II atende exclusivamente pessoas cujo quadro é de transtorno mental severo e persistente de alto risco. Em 2017, existia uma média de 300 pessoas em atendimento residentes em Toledo (tanto na área urbana quanto rural). Todos os atendimentos são realizados com horário marcado, evitando-se, dessa forma, a espera, que pode gerar quadros de ansiedade nos pacientes.

No ano de 2016, ocorreram 3.895 internações, segundo informações repassadas pela Regional de Toledo, através da Central de Leitos do Estado do Paraná, contidas no Plano Municipal de Saúde do Município (TOLEDO, 2017, p. 93).

O número de internamentos indicados pelo CAPS II de Toledo foi diminuindo conforme os anos. Entre 2012 e 2016, houve 448 internações. No ano de 2017, 32 pacientes com internamento efetivado; em 2018, 14 pacientes internados. Essa redução de internações pode ser atribuída ao trabalho realizado junto ao CAPS II com os pacientes e também com os familiares, e à rede intersetorial no sentido de inserção e atividades diversas que convergem para a estabilidade do quadro clínico dos pacientes. Chama-se a atenção para os internamentos de 2019 que, até junho, somaram 07 internamentos apenas. Isso se deve, inicialmente, ao fato de o serviço do CAPS cumprir sua finalidade na redução dos internamentos, estabilização e manejo clínico. Após o segundo semestre, não houve mais internamentos também pelo fato de o estabelecimento ficar de outubro de 2019 até março de 2020 sem psiquiatra. O serviço do CAPS II tem se mostrado eficiente na estabilidade dos quadros clínicos e, com a parceria da Atenção Básica, que atendeu os pacientes nesse período com relação à parte medicamentosa, e o CAPS II, manteve os atendimentos em oficinas terapêuticas, atendimentos de psicoterapia, escuta qualificada, acolhimentos individuais aos pacientes e aos familiares. Manteve também as reuniões de famílias e o acolhimento de novas demandas encaminhadas ao serviço.

Pelo Ambulatório de Saúde Mental, em 2017, foram internados 04 pacientes; em 2018, 09 pacientes; e, em 2019, até junho, 01 paciente. Destaca-se que o Ambulatório de

Saúde Mental realiza os atendimentos para médio risco, onde os internamentos acontecem com menor frequência devido ao quadro clínico dos usuários atendidos.

Em 2017, houve 13 óbitos em Toledo, relacionados aos transtornos mentais e que foram enquadrados como lesão autoprovocada voluntariamente no CID 10.

No município de Toledo em 2018, segundo IPARDES (2019, p. 14-15), houve 811 mortes por doenças de modo geral - CID 10. Desse total, cabe destacar, pelo enfoque da pesquisa, que 12 óbitos ocorreram devido a transtornos mentais.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) de Toledo foi criado em 2009, e, desde 2014, está localizado à Rua Bento Munhoz da Rocha Neto, 1876 - Centro. Em 2019, o CAPS AD tinha vinculado e realizado tratamento de 495 pacientes mês, moradores de Toledo. O público alvo são pessoas com transtornos mentais moderados e graves, decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Após acolhimento, é realizado o plano terapêutico singular e definidos os atendimentos que a pessoa em tratamento terá no serviço, na Rede Intersetorial e RAPS. Atualmente, atende 443 pacientes, sendo 41 menores de 18 anos e 402 acima de 18 anos de idade.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD atende livre demanda. Os acolhimentos são realizados com hora marcada, mas, em caso de urgência e/ou emergência, é efetivado o acolhimento sem hora marcada, por um profissional da equipe técnica. Os pacientes vêm encaminhados por serviços da rede e ou por procura espontânea. (TOLEDO, 2017, p. 106).

Conforme a necessidade, o CAPS AD encaminha seus pacientes para o SIM PR/CAPS AD III, a fim de desintoxicação, para comunidades terapêuticas ou para internamentos via central de leitos. O desligamento do serviço é realizado quando o paciente tem alta melhorada, quando da desistência do paciente e que a busca ativa não tem sucesso ou, quando há a estabilidade do quadro, é referenciado à UBS ou ESF do território de residência desse paciente.

Além do atendimento clínico e individual, o CAPS AD oferta oficinas com cunho terapêutico como crochê, filmes, mosaico, pintura em mandalas, filtro dos sonhos, pintura e linhas, jogos, artesanato, E.V.A. e relaxamento. São realizados também grupos de tabagistas, prevenção a recaídas e reuniões de famílias.

O CAPS i foi inaugurado em 2019. Está localizado na Rua Guarani, nº 2928, no Jardim La Salle, considerada região central da área urbana. Oferece atendimentos de segunda a sexta-feira e permanece aberto ao público das 7h às 18h. Em 22 de maio de 2020, foi

nomeado, por meio do Decreto nº 817/20, como Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) “Um Novo Olhar” Dr. Rafael Azambuja Patiño Cruzatti.<sup>34</sup>

O CAPS i ainda está em processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde, e atendia, até setembro daquele ano, 170 pacientes que estavam vinculados ao Serviço de Saúde Mental, mais especificamente ao Ambulatório de Saúde Mental, que direcionou esse público atendido até então pelo ambulatório para o CAPS i. É um serviço cuja porta de entrada é a Atenção Primária em Saúde/Básica. Conta hoje com um total de 320 crianças/adolescentes referenciados ao serviço. Desse total de crianças/adolescentes referenciados, 50 estão aguardando atendimento em julho de 2020.

A equipe do CAPS i é multiprofissional, composta por: Auxiliar de Enfermagem, Enfermeira, Assistente Social, Fonoaudiólogo, Psicopedagogo, Psicólogo, Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional (TOLEDO, 2017).

O serviço é destinado para crianças e adolescentes, que tenham Transtorno Severo e Persistente, que sejam identificados de alto risco. Dentre os transtornos severos e persistentes mais comuns, considera-se, segundo a diretora do Serviço de Atenção à Saúde no município:

Transtorno Opositor Desafiador (TOD), o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), Transtorno Bipolar, Esquizofrenia, Transtorno do Espectro Autista (TEA), Síndrome de Asperger, Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD), Transtorno Depressivo Recorrente, Episódio Atual Moderado, dentre outros.(TOLEDO, 2019, p. 1)

Para tanto, quando do ingresso da criança ou adolescente no serviço, é realizado o acolhimento deste e da mãe ou familiar. Com base nesse acolhimento, a equipe constrói o Plano Terapêutico Singular (PTS) para esta criança/adolescente no intuito de atender as suas necessidades específicas e também cumprir a finalidade terapêutica do serviço. Para isso, são ofertados e elencados no PTS “Trabalhos em grupo; Oficinas Terapêuticas; Atividades em grupos diversos; Consultas psiquiátricas; Grupo de famílias, dentre outros” (TOLEDO, 2019, s.p.).

Contudo, se faz necessário ressaltar que, com as novas determinações e proposição de atendimentos com o matriciamento, as UBS e ESF iniciarão o atendimento em saúde mental para os casos com estratificação de Baixo Risco. Espera-se que à medida que as equipes da Atenção Básica forem sendo matriciadas e as capacitações forem avançando, passem a fazer o

---

<sup>34</sup> De família tradicional e dedicado à saúde em Toledo, Dr. Rafael Azambunja Patiño Cruzatti, urologista há mais de 20 anos em Toledo, estava acometido de câncer no pâncreas e não resistiu às intervenções cirúrgicas, vindo a falecer.[...]. (GAZETA DE TOLEDO, 2019).

atendimento dos casos de médio risco, permanecendo os casos mais severos nos CAPS ou ambulatório, com atendimento psiquiátrico em quadros mais agudos e instáveis.

### **3.3.4 Atenção Especializada em Saúde Mental no Município de Marechal Cândido Rondon**

Em relação à Saúde Mental e, segundo o Plano Municipal de Saúde, MCR conta com um CAPS I, intitulado "Laços de Amor". Foi instituído no Município de Marechal Cândido Rondon em novembro de 2014. Atende tanto pessoas com dependência de álcool e outras drogas, quanto pessoas com transtorno mental. A unidade conta atualmente com 685 pacientes cadastrados, tendo uma média da inclusão de 23 pacientes novos por mês<sup>35</sup> (MARECHAL CÂNDIDO RONDON, 2017, p. 67).

Esse serviço de atenção psicossocial, no formato de CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial "Laços de Amor"<sup>36</sup>, foi criado pela necessidade de atendimento especializado em saúde mental, em novembro de 2014. Está situado à Rua Sete de Setembro, Nº 1945, Centro, com horário de atendimento de segunda a sexta-feira, das 07h30min. às 11h30min. e das 13h30min. às 17h30min. (MARECHAL CÂNDIDO RONDON, 2020).

A estrutura física do CAPS I é alugada e é composta por recepção, 01 sala para os trabalhos de arte terapia, 02 salas para atendimento psicológico, 01 sala para atendimento psicopedagógico e serviço social, 01 almoxarifado, 01 sala para DML, 01 sala para atendimento na área da enfermagem, 01 sala para coordenação, 01 sala para guardar materiais diversos, 02 banheiros e 01 garagem, que era utilizada para atividades físicas nos dias em que não era possível realizá-las ao ar livre, mas, no momento não está sendo utilizada por orientações da Vigilância Sanitária.

O CAPS I atende “pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo aqueles relacionados a substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida”, de todas as faixas etárias. Constitui um serviço ofertado pelo Município, como parte do SUS, e tem como característica ser um serviço aberto e comunitário, cuja finalidade é “[...] acolher, acompanhar, tratar e

---

35 Para ser atendido no CAPS, pode-se procurar diretamente esse serviço ou ser encaminhado pela Rede de Serviços do município (CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, Estratégias de Saúde da Família – ESFs, Ministério Público, Serviços de Psicologia e Serviço Social da Unidade de Saúde 24 Horas e outros). (MARECHAL CÂNDIDO RONDON, 2017, p. 69)

36 O CAPS recebeu este nome por sugestão dos participantes de um grupo de trabalho desenvolvido no município com pessoas com quadro de esquizofrenia. Este foi um dos primeiros trabalhos realizados especificamente com pessoas com transtorno mental em um serviço do município, na época, desenvolvido pela psicóloga que hoje atua no serviço. (Dados coletados na pesquisa, 2019).

diminuir os internamentos de pacientes em hospitais psiquiátricos, [...], através de cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial.” (MARECHAL CÂNDIDO RONDON, 2020, p.24). Para tanto, conta com uma equipe multidisciplinar formada pelos profissionais conforme o quadro a seguir:

**Quadro 4 – Profissionais e horas de trabalho - CAPS i**

Profissionais	Quantidade	Horas semanais
Médico Psiquiatra.	01	20
Enfermeiro	01	40
Psicólogo	02	40
Assistente Social	01	40
Técnico de Enfermagem	01	40
Facilitador de Oficinas Arte e Cultura	01	40
Facilitador de Oficinas Esporte e Lazer	01	40
Assistente Administrativo	01	40
Auxiliar de Serviços Gerais	01	20

**Fonte:** Projeto de habilitação do CAPS I, de Marechal Cândido Rondon, 2020, p.56).

A busca pelo serviço ou a entrada ao serviço do CAPS I em Marechal pode ser feita pela busca espontânea da pessoa ou de um familiar e também realizada através de encaminhamento da Rede de Atenção à Saúde do município.

Segundo dados fornecidos pelo CAPS I, no final do ano de 2015, o serviço possuía 296 pacientes cadastrados. Em 2016, um total de 570 pacientes; em 2017, um número de 815 pacientes; em 2018, um montante de 973 pacientes; em 2019, uma quantia de 1.223; e, em 2020, até o mês de março, em torno de 1.237 pacientes cadastrados, representando um aumento significativo na demanda do serviço desde sua inauguração.

O acolhimento no CAPS I é realizado por um profissional de nível médio, que faz escuta qualificada da demanda da família, orientações sobre o funcionamento do serviço e agendamento da triagem. Esta pode ser realizada ou pelo assistente social, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicopedagogo ou psicólogo, conforme escala e agenda, contudo, quando identificado urgência, é realizada de imediato a triagem e atendimento, o que a equipe denomina de “vaga zero” (MARECHAL CÂNDIDO RONDON, 2020).

Na sequência do processo de inclusão no serviço, após o acolhimento, é realizada a triagem, momento em que se identificam as queixas existentes, realiza-se a *anamnese* do

paciente e define-se o Projeto Terapêutico Singular – PTS. O PTS inclui encaminhamentos para serviços de apoio extra CAPS I, ou seja, da rede intersetorial, para o fortalecimento de vínculos familiares e o empoderamento do paciente para a reinserção sociofamiliar.

A proposta terapêutica do CAPS I tem por base o acolhimento, o atendimento, a orientação e o tratamento, orientado por meio da construção do Projeto Terapêutico Singular, para, assim, reduzir o número de internamentos em hospitais psiquiátricos (MARECHAL CÂNDIDO RONDON, 2020). Quando da necessidade de internamento por uso abusivo de álcool, dependência química e transtornos mentais, o atendimento é solicitado pelo médico assistente do paciente, via Central de Leitos pelo CAPS. Os pacientes podem ser encaminhados para Hospitais Psiquiátricos vinculados ao SUS nas cidades de Londrina, Maringá, Rolândia, Jandaia do Sul, Piraquara, Umuarama e Loanda, conforme a disponibilidade de vagas (MARECHAL CÂNDIDO RONDON, 2020).

O CAPS I atende também adolescentes usuários de substâncias psicoativas, e, quando o internamento se faz necessário para adolescentes, estes são encaminhados para o Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HU, de Cascavel, que também tem os internamentos regulados pela Central de Leitos do estado.

Já a população adulta atendida no CAPS I pode ser encaminhada para o Centro de Recuperação Caminho da Vida – distrito de Marechal Cândido Rondon – Curvado, onde o município tem a disponibilidade de 10 vagas. Nesse local, em 2015, foram atendidos, em modo de internamento, 73 pacientes; em 2016, foram 83; em 2017, foram 105; em 2018 e em 2019 foram igualmente 96 nesses anos. O aumento do número de internamentos se justifica pelo aumento também da demanda do CAPS I que ocorreu em cada ano respectivamente (MARECHAL CÂNDIDO RONDON, 2020, p.27).

Marechal Cândido Rondon teve 385 óbitos em 2018, dos quais 05 estão relacionados a transtornos mentais e comportamentais. A equipe multiprofissional realiza atendimentos individuais de psicoterapia, consulta psiquiátrica, visita domiciliar e trabalhos em e com grupos, de acordo com as particularidades destacadas a seguir: (MARECHAL CÂNDIDO RONDON, 2020).

Os grupos psicoterapêuticos ofertados têm como objetivo o desenvolvimento de práticas de cuidados e autocuidados na promoção da saúde mental coletiva. Estão em funcionamento os grupos: ressignificAR; Quarta-Lúdica; Grupo de Saúde; Grupo RespirAÇÃO (feminino); Grupo AdoleSER; Grupo RESET (masculino); Grupo para Familiares de Dependentes Químicos, e há previsão, para o ano de 2020, da oferta dos grupos Apoio de Controle do Tabagismo; RespirAÇÃO (masculino). Cada um desses grupos é

destinado a uma parcela específica de usuários do serviço, elencados pelas suas necessidades e quadro clínico (MARECHAL CÂNDIDO RONDON, 2020, p.44).

As oficinas terapêuticas ofertadas no CAPS I de Arte e Cultura são as seguintes: Art'CAPS; AdoleSER Girls; Arteterapia com Linhas. Essas englobam atividades artesanais diversas, as quais enfocam atualmente temas sociais e campanhas de Saúde como Prevenção ao Suicídio, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, entre outros. Além disso, o resultado dos trabalhos manuais é exposto para a divulgação do trabalho e potencial da pessoa com transtorno mental (MARECHAL CÂNDIDO RONDON, 2020, p. 45).

A oficina de Esporte e Lazer é desenvolvida no CAPS I, visando à melhoria da qualidade de saúde e de vida dos seus usuários. Engloba atividades como: Caminhada Orientada com Academias da Terceira Idade (ATI's); Ginástica Laboral; Academia de Ginástica no Ginásio de Esporte Ney Braga; Badminton e Parabadminton. Conta, ainda, com modalidades optativas, que podem ser demandadas conforme o interesse de cada um, junto à Secretaria de Esporte e Lazer (MARECHAL CÂNDIDO RONDON, 2020).

O CAPS I tem também a oferta do Programa AdoleSer Sem Adoecer, que é um trabalho de Valorização da Vida e “[...] visa implantar ações de prevenção em saúde mental, Cultura da Paz e habilidades socioemocionais nos Colégios Estaduais da rede municipal de Marechal Cândido Rondon – PR,[...]” Nessas ações, fica evidente o trabalho intersetorial por meio do qual é focada a “[...] melhoria da qualidade de vida dos alunos, familiares e professores.” (MARECHAL CÂNDIDO RONDON, 2020, p. 48).

Outras atividades também são incluídas, como grupos de rodas de conversa e Práticas Integrativas e Complementares – PICS, com o intuito de “acolher, cuidar, habilitar e equilibrar,” para o enfrentamento de “crises, processos de lutos [...], e adversidades.” É um trabalho de prevenção e posvenção de acordo com a proposta da saúde mental do estado e do Ministério da Saúde.

Segundo o projeto de habilitação, o CAPS I, além do trabalho com os alunos e familiares, foca na formação da rede de apoio por meio da proposta "Educar Dores". (MARECHAL CÂNDIDO RONDON, 2020, p.49). É realizada, no cotidiano de trabalho, a visita domiciliar, a qual é entendida como um modo de conhecer a realidade dos pacientes e familiares, embasando as intervenções indicadas no PTS e compreender o processo de cuidado na família. Essa oportunidade também gera a possibilidade de satisfazer a necessidade do cuidado integral do indivíduo no ambiente familiar, estendendo-se, inclusive, para a comunidade na qual estão inseridos.

Para que a inserção familiar também ocorra de maneira a fortalecer os vínculos e para que haja o cuidado e o apoio necessários à pessoa com transtorno mental, o CAPS I oferta, para os familiares, atividades individuais como acolhimento e escuta, atividades coletivas para construção e fortalecimento de vínculo entre equipe, familiares e família/familiar, pois a equipe entende que a família é o *locus* privilegiado de cuidado e melhora (MARECHAL CÂNDIDO RONDON, 2020).

O CAPS I - Laços de Amor, primando pela interação dos pacientes, equipe e comunidade, realiza também Atividades Comunitárias que acontecem por meio da “[...] participação em eventos culturais, desportivos, manifestações artísticas e passeios em grupo, [...]. inserindo os usuários do serviço no território e seus equipamentos para ampliar o cuidado. (MARECHAL CÂNDIDO RONDON, 2020, p. 53).

A equipe do CAPS I, seguindo o preconizado pelas políticas de saúde mental, realiza o Apoio Matricial, visto hoje como um instrumento muito importante para o manejo de casos na Atenção Primária de forma que cheguem ao serviço especializado realmente os casos de alto risco, que precisam de acompanhamento de equipe multiprofissional e psiquiátrico, direcionando, assim, o fluxo, reduzindo filas de espera e fortalecendo a comunicação da Atenção Especializada com a Atenção Primária em Saúde.

Outro momento importante para a equipe são as Reuniões Técnicas, realizadas todas as sextas-feiras pela manhã nas quais se discutem as triagens realizadas durante a semana e, caso seja perfil do CAPS I, definindo-se o PTS para o paciente. Nesse momento, a equipe realiza também a avaliação das atividades realizadas no cotidiano com os usuários do serviço.

O CAPS I realiza mensalmente assembleia da qual participam a equipe técnica, usuários do serviço, familiares e outros convidados no intuito de avaliar e propor ações ou encaminhamentos que possam contribuir para a melhoria do atendimento.

A equipe do CAPS I participa de cursos oportunizados pela 20ª Regional de Saúde de Toledo, pela Secretaria Estadual de Saúde – SESA e pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná – CISCOPAR, visando ao aprimoramento profissional e, conseqüentemente, ao aprimoramento do trabalho realizado na instituição.

Com todos os dados e informações apontados, percebe-se que, apesar de uma equipe profissional pequena se comparada ao grande número de pessoas atendidas, a rotina desse serviço é realizada de modo a atingir os objetivos propostos, primando pela humanização do atendimento, pelo cuidado com o outro e de seus familiares, bem como pela reinserção sociofamiliar dessas pessoas.

### 3.3.5 Atenção Especializada em Saúde Mental no Município de Diamante D’oeste

A cidade de Diamante D’Oeste, atualmente, está em fase de mapeamento e estratificação de risco em saúde mental de sua população. Contudo, segundo o Plano, “[...] em 2015, os medicamentos de saúde mental tiveram maior prevalência de consumo, seguido de anti-hipertensivos e diabetes, essa situação manteve-se no ano 2016” (DIAMANTE D’OESTE, 2017, p.44).

O município não possui em sua rede nenhum tipo de serviço especializado para atendimento em saúde mental. Todavia visando atender à demanda existente em Diamante D’Oeste, a Secretaria de Saúde “[...] oferece ações pontuais, ou seja, consultas especializadas ambulatoriais para o acompanhamento com médico psiquiatra, [...]” via CISCOPAR (DIAMANTE D’OESTE, 2017, p. 54). Os internamentos, quando necessário, são solicitados via Central de Leitos, assim como em Marechal Cândido Rondon, Toledo e demais municípios paranaenses regulados pelo Estado. A diferença está apenas no fato de que em Toledo e MCR há profissionais nos CAPS e também na urgência e emergência, os quais podem solicitar o internamento e a vaga via Central de Leitos enquanto, em Diamante, a solicitação é feita pelo médico psiquiatra do Consórcio para que seja solicitada a vaga pelo município na Central de Leitos e o paciente encaminhado ao hospital que possua vaga no estado. Em casos de “[...] urgência e emergência, são atendidos pelo Hospital Municipal” [...]. (DIAMANTE D’OESTE, 2017, p. 53).

No referido município, o atendimento das pessoas com sofrimento mental e/ou dependentes de álcool e outras drogas é “realizado pelos profissionais da Atenção Primária.” Esses acolhem e fazem o encaminhamento do indivíduo ao “Sistema Integrado de Saúde Mental – SIM/PR Regional, composto por CAPS AD III.” (DIAMANTE D’OESTE, 2017, p.52) no caso dos dependentes de drogas psicoativas, ou para atendimento no CISCOPAR, em Toledo, dos casos de transtorno mental.

O SIM/PR “[...] visa ampliar o acesso da população à saúde mental em todas as regiões do Estado, [...]”. Ressalta-se que esse serviço é voltado ao atendimento de pessoas usuárias de álcool e outras drogas. São ofertados atendimentos por equipe multiprofissional, além de “[...] convivência, acompanhamento clínico e ações de reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.” (DIAMANTE D’OESTE, 2017, p. 52).

O município considera, como maior dificuldade na área de saúde mental, a falta de profissional de Psicologia para o atendimento à demanda. Para sanar esse problema, o

município contemplou como objetivo em seu Plano Municipal de Saúde, que vigorará até 2021, a elaboração de projeto para o credenciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF 3. Esse projeto “[...] prevê a inclusão de pelo menos um profissional de saúde mental na composição das equipes do NASF [...]”, além de permitir a contratação de “um profissional de Psicologia, possibilitando, assim, a melhoria do acesso e da qualidade da atenção ofertada aos usuários de saúde mental. (DIAMANTE D’OESTE, 2017, p. 52).

Contudo, temos de ressaltar as mudanças na legislação que regulamenta os NASF, segundo a Nota Técnica n° 3/2020-DESF/SAPS/MS – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil, que altera a lógica do apoio matricial dos NASF, cabendo ao gestor municipal decidir se mantém ou não NASF no modelo de apoio matricial, pois o financiamento agora é via Atenção Básica, não havendo mais verba específica para a manutenção do serviço nesses moldes. Essa mudança pode levar a um retrocesso ou a não ampliação desse serviço nos municípios, perdendo-se um elo importante na atenção e cuidado em saúde e saúde mental da população. De acordo com a Nota Técnica 03/2020, não serão mais credenciadas novas equipes de NASF - AB junto ao Ministério de Saúde. Então serão mantidos os números existentes no cadastro ou serão reduzidos conforme a decisão dos municípios em manter ou credenciar os profissionais das equipes existentes nas Equipes de Saúde da Família (ESF) ou Equipes de Atenção Primária (EAP).

O estado do Paraná segue os preceitos da Reforma Psiquiátrica e atua na capacitação e orientação aos municípios por meio das regionais de saúde, respeitando cada nível de saúde. A maior aposta está no matriciamento em saúde mental para que esse ocorra nos territórios com a participação da rede de apoio psicossocial, garantindo-se o tratamento e também o acesso e permanência necessária no serviço, para acompanhamento e atendimento integral dos usuários.

Percebe-se que os municípios que possuem CAPS têm um atendimento mais direto e contínuo para a população com transtorno mental. Contudo, esse atendimento é centralizado na sede do município, o que, para a população rural, demanda de um tempo e custo econômico maior em relação à população do meio urbano para acessar esse serviço. No momento em que acessa o serviço e faz a adesão ao tratamento, se realiza um Plano Terapêutico Singular, estabelecido em conjunto com o sujeito e a família, que será efetivado com o apoio e atuação da equipe multidisciplinar em conjunto com a Atenção Básica e a Rede de apoio psicossocial, efetivando-se o cuidado em Saúde Mental. Em municípios pequenos, como no caso de Diamante D’Oeste, a Saúde Mental é atendida na Atenção Primária, e, por

meio do Instrumento de Estratificação de Risco, quando se trata de alto risco, é encaminhado para o Atendimento Especializado junto ou via CISCOPAR, em municípios/clínicas onde há o serviço credenciado.

Contudo, há dificuldades ainda na Atenção Primária nesses municípios. Embora sigam os preceitos legais, na prática, algumas dificuldades se apresentam de forma recorrente, como será apresentado no próximo capítulo que trata da análise dos dados da pesquisa de campo.

## 4 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Viagem dos sonhos  
Os sonhos são seres na gente.  
Que nos fazem seguir;  
Com energia seguir em frente;  
Fazem nos tudo conseguir.

Se vamos sempre estamos bem.  
E o mal já se foi todo.  
Assim sempre podemos ter  
Tudo o mais que vem de novo.  
Nessas questões sentimos muito  
E ficamos parados no temp.  
Um tempo que é só nosso;  
Em que plantamos e colhemos.

E de fruto em fruto pegamos  
As essências da vitalidade.  
Da consciência desistirmos  
Para toda coletividade.  
(Vanderlei Spaniol)

Neste item, fez-se a análise dos dados da pesquisa, que foi realizada no decorrer dos meses de junho e julho de 2019, com dados coletados junto aos gestores dos serviços, usuários e familiares e foi realizada por meio de análise de conteúdo.

### 4.1 DADOS RELATIVOS AOS GESTORES

Conforme anteriormente citado, dados foram coletados através de entrevista com os gestores dos seguintes locais: CISCOPAR, municípios de Toledo, Diamante do Oeste, Marechal, Cândido Rondon, totalizando 05 indivíduos. Para essa ação, foi elaborado um roteiro: a entrevista foi primeiramente gravada e depois transcrita. Em seguida, esse documento foi devolvido ao respectivo entrevistado para leitura e assinatura, validando-o e autorizando, dessa forma, o material como integrante dos dados que foram analisados e utilizados na presente pesquisa.

Para melhor organização da tabulação e análise, optou-se por fazer tabelas com elementos centrais, sem a identificação do gestor, pois alguns elementos se repetiram nas diferentes falas. Posteriormente, voltou-se a separar as falas para análise por G1, G2, sucessivamente, pois as respostas foram mais individualizadas.

O roteiro da entrevista para os gestores foi composto de 13 questões abertas (Ver Apêndice H). Em relação às interrogações, a primeira abordada é sobre a oferta de Serviço da Atenção à Saúde Mental no meio rural no município onde o pesquisado reside. Essas informações foram

organizadas em uma tabela, com base em três elementos centrais para facilitar a análise e a visualização desses dados, como se pode ver no quadro a seguir.

**Quadro 5 - Oferta de Serviço de Atenção à Saúde Mental no meio rural no município na perspectiva dos gestores**

ELEMENTOS CENTRAIS		
EXISTENTES	LIMITAÇÕES	POSSIBILIDADES
Atenção Primária/Atenção Básica	Falta de profissionais da Psiquiatria que se vinculem ao SUS	Matriciamento efetivado
Matriciamento	Fila de espera	Território
Estratificação	A estratificação está organizada de forma que permite subjetividade e interpretação do profissional que a faz.	Prevenção
Centralidade do serviço	O conhecimento sobre saúde mental e sintomas relativos a doenças mentais por parte dos profissionais que fazem a estratificação	Promoção
Porta de entrada	A capacitação em saúde mental dos profissionais da Atenção Básica.	Ampliação da oferta de Atenção Especializada
Referência contrarreferência		Maximização dos recursos
Rede de Atenção Psicossocial - RAPS		MACC
Prevenção/promoção		Capacitação permanente
NASF		
Centralidade do atendimento		
MACC		

**Fonte:** Dados coletados na pesquisa, 2019.

A oferta de serviços pelas políticas públicas está ligada diretamente à disponibilidade do serviço na localidade de residência. Essa realidade implica a análise da localização dos serviços e da população que deles se utiliza em relação à distância do serviço, meio de transporte para o acesso, se o serviço dispõe de transporte para o atendimento em domicílio caso haja a necessidade de o cidadão acessar esse tipo de atendimento, os horários disponibilizados ao público e se este consegue acessar com facilidade esses estabelecimentos nos horários ofertados. (THIEDE, AKWEONGO; MCLNTYRE, 2014).

Conforme o quadro acima, pode-se observar que, na perspectiva dos gestores, a maior dificuldade encontrada para a oferta dos serviços e o acesso por parte da população dependente do CISCOPAR é a falta de profissionais psiquiatras que se disponham a atender

via o Chamamento Público, dificultando, em alguns períodos, o acesso ao tratamento especializado, e, no caso de um dos municípios, é a fila de espera que existe para o primeiro atendimento em Saúde Mental, em serviço de Média e Alta Complexidade. Esta realidade é bem diferente da perspectiva dos usuários e familiares.

Quanto às limitações, os gestores destacaram dois pontos principais: falta de profissionais da Psiquiatria que se vinculem ao SUS e a fila de espera para o atendimento na especialidade de Saúde Mental.

E, no caso do **G3** e **G4**, a questão principal é “[...]a fila de espera para o atendimento de médio risco[...]”, que tem demanda reprimida, pois, como foi possível verificar, o matriciamento está ainda em estágio embrionário, mas poderá, com o tempo, reduzir essas filas e oportunizar o atendimento e manejo na Atenção Básica por meio do PTS, plano de cuidado e, principalmente, com a RAPS. Esta pode ser ainda mais procurada e absorver uma demanda maior, bem como realizar o monitoramento e atendimento compartilhado dos usuários, já promovendo a reinserção social.

Ter a Atenção Primária como porta de entrada aos serviços especializados em Saúde Mental traz uma facilidade, pois a UBS realiza a estratificação de risco e faz o encaminhamento adequado para o serviço conforme a pontuação obtida no instrumental. Essa metodologia, muitas vezes, faz com que o paciente chegue mais rapidamente ao serviço, pois, em situações normais, poderia chegar ao serviço especializado apenas depois de realizar uma tentativa à vida ou um longo período de sofrimento psíquico.

Em relação ao matriciamento, é também uma forma de facilitar o acesso à população que necessita de atendimento especializado, pois se pode realizar a interconsulta, metodologia muito utilizada, e que permite à pessoa não se deslocar da comunidade, permanecendo em seu território de saúde e residência.

A interconsulta pode ocorrer para iniciar o tratamento ou para que a pessoa conheça o serviço e aceite o tratamento. Essa ação é muito importante, pois um número acentuado de pessoas com transtorno mental tem resistência em aceitar que precisa de cuidados específicos, em sair de casa e do território conhecido para buscar o serviço especializado. Dessa forma, podem ser atendidas antes do habitual, fator que traz benefícios maiores para os pacientes e familiares.

Observa-se que o matriciamento está acontecendo, mas precisa se efetivar em sua integralidade para que se realize a identificação dos casos em fase inicial, quando ainda há baixo risco, realizando o manejo no território de saúde e residência do usuário. Com isso, se reduzem os casos crônicos de médio e alto risco, exceto casos agudos que precisam do

atendimento especializado de imediato.

Como facilidades hoje para o acesso aos serviços especializados, pode-se apontar a referência e contrarreferência já existentes nos serviços; o trabalho de promoção e prevenção dos agravos em saúde mental; a centralidade dos CAPS, que facilitam o acesso das pessoas do meio urbano, principalmente, pela localização de pontos de transporte coletivo próximos às instalações físicas de atendimento, e dos usuários do meio rural quando vêm para a região urbana, pois, para a locomoção do meio rural para a sede, os pontos são apenas na linha principal, o que dificulta o acesso ao transporte coletivo em vários locais.

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas - MACC também é uma forma de facilitar o acesso ao tratamento, pois prepara a equipe da Atenção Básica à identificação por meio da estratificação para o Referenciamento ao serviço especializado. Conforme **G3** respondeu, *“Lá no âmbito, nossos serviços só através da UBS. Então, realmente, eles têm que vir até o serviço especializado no município, na cidade, aqueles que realmente precisam desse serviço.”*

Como pontos que podem melhorar o acesso, foram destacados o matriciamento, prevenção, promoção, ampliação da oferta de Atenção Especializada, maximização dos recursos, o MACC e a capacitação permanente. De acordo com as informações obtidas, observa-se que o MACC já está sendo ofertado; a prevenção está acontecendo, mas é necessária a manutenção e o fortalecimento dessas ações. **G3** trouxe um aspecto importante, a descentralização e territorialização, previstas na Lei 8.080/90, que se estendem ao modelo de oferta em saúde mental pós Reforma Psiquiátrica. Quanto à maximização dos recursos, há dificuldade, pois existe o limite de investimento dos municípios em saúde e não há a possibilidade de expandir-se, pois a Atenção Básica e o modelo de saúde curativo, que ainda prevalece, exigem um investimento acentuado. O recurso específico para atenção em saúde mental é relativo ao porte do estabelecimento, havendo, ainda, a retirada de recursos específicos para a manutenção dos NASFs, que enfrentam dificuldades de manutenção embora sejam elementos importantes no processo de matriciamento e atenção no território.,

A ampliação dos serviços especializados também é apontada como possibilidade para a melhoria do acesso, contudo, precisa dar-se por meio do matriciamento da Atenção Básica para que aconteça no território ou via descentralização do serviço através da oferta de algumas atividades com finalidade terapêutica via RAPS, do próprio Serviço Especializado em Saúde Mental e de capacitações realizadas às equipes da Atenção Primária em Saúde. Em relação à saúde mental, sintomas e características para que a estratificação de risco possa direcionar de forma mais precisa o atendimento e o PTS dos usuários que necessitam de

atenção especializada em saúde mental, inclusive o instrumental de estratificação de risco, estão sendo revistos, pois foram identificadas algumas falhas em relação ao seu preenchimento, as quais podem comprometer o resultado da pontuação tanto acima como abaixo do como se constitui no real.

A oferta de serviços em saúde mental é dificultada em alguns municípios de porte pequeno, quer seja pela questão de recursos, quer seja pela dificuldade de profissionais formados nessas áreas e que se disponham ou que estejam aptos a prestar o serviço ao município. Assim, via matriciamento em saúde mental, interconsultas, e com a descentralização dos serviços especializados, pode-se facilitar o atendimento na própria comunidade onde o usuário reside, ou seja, em seu território de vida.

É importante reforçar que não há uma política especial para a saúde mental destinada à área rural, o que conduz a análise às questões iniciais nas quais se demonstrou que o espaço geográfico pode interferir no acesso ao atendimento, pois há a distância a ser percorrida até a sede do município, bem como a questão do transporte para essa população chegar até o serviço, o tempo para fazer o percurso, se vão de ônibus ou com veículo próprio, dentre outros fatores relevantes que podem dificultar o acesso, situação agravada pela questão econômica dessas pessoas para chegar ao serviço especializado. Essas áreas destacadas por **G2** estão relacionadas diretamente às dimensões do acesso, permanência no serviço e adesão ao tratamento.

Segundo Thiede, Akweongo e McIntyre (2014, p.146), a maneira como os pacientes são atendidos, se sua cultura é valorizada e levada em conta para prescrição de tratamento, explicações e a maneira “[...] como os serviços de saúde são prestados e os pacientes[...]” podem fazer com que percebam o serviço de forma positiva, conseqüentemente, adiram ao tratamento, confiem e aceitem os serviços de saúde. É importante levar-se em conta que, quando se fala de paciente com transtornos mentais, quer seja em grau leve, moderado ou severo, há uma dificuldade na adesão e aceitabilidade do serviço e ao tratamento, pois, normalmente, se veem como não doentes, portanto, é primordial que sejam acolhidos de maneira a respeitar sua cultura, que sejam levados a experimentar o tratamento e, à medida que se faz o acompanhamento e o acolhimento, respeita-se e se valoriza sua cultura, se faz a interface com as mudanças, evolução dos medicamentos e tratamentos e as sutilezas da doença, observando-se os avanços e se passam a se manter no serviço e no tratamento.

Nessa perspectiva, o alcance da qualidade do atendimento e da oferta dos serviços estão atrelados ao avanço dos serviços no território e à descentralização das ações em saúde mental. Na perspectiva de **G3**, *“De repente a gente possa estar avançando, descentralizando*

*algumas ações. Para melhorar a nossa oferta. Mas dentro dos nossos serviços acredito que a oferta é boa.”*

A descentralização é prevista já na Constituição Federal de 1988, em seu Art. 198, “com direção única em cada esfera de governo”. (BRASIL, 1988), sendo também uma garantia do acesso aos serviços e ao atendimento com qualidade.

A qualidade dos serviços é uma dimensão importante para a aceitabilidade, adesão e permanência nos serviços ofertados, além, claro, da facilidade de acesso ou das condições para o acesso. Cabe lembrar que, no perímetro urbano, os pacientes de saúde mental têm garantido o passe livre para o acesso aos serviços. No município de **G3** e **G4**, contudo, a população do meio rural não tem essa condição, pois depende de transporte realizado por outras empresas ou de veículo próprio, o que dificulta o acesso, pois encarece e nem todas as famílias têm condições econômicas para isso.

Nesse sentido, busca-se, na entrevista com os gestores municipais, identificar se consideram fácil ou difícil o acesso a esse serviço e os elementos relacionados constam no quadro abaixo.

**Quadro 6 - O acesso aos serviços de Saúde Mental para a população do meio rural na perspectiva dos gestores**

<b>Facilidades</b>	<b>Dificuldades</b>
Transporte oferecido pelos gestores	Profissionais da área psiquiátrica com interesse em atender via SUS
Acesso fácil às comunidades rurais	
Viabilidade de locomoção	
Ponto de ônibus/transporte coletivo próximo às instituições (urbano CAPS, ambulatório...)	Horário dos ônibus nas linhas para a sede do município
Referenciamento adequado	Referenciamento adequado
Importância dada ao quadro de saúde mental do sujeito	Importância dada ao quadro de saúde mental do sujeito
Busca espontânea	

**Fonte:** Dados coletados na pesquisa 2019.

Como facilidade de acesso aos usuários dos serviços, na perspectiva dos gestores, está o transporte oferecido pelo município, que, se necessário, busca em casa o paciente para que não perca a consulta segundo G2. Ainda para este gestor, “*Nós temos hoje um acesso [...] bom em todas as comunidades.*”. **G3** afirmou que “*Eu acho que o acesso é fácil, porque você chega, você faz a busca espontânea, uma busca direta, o que acontece é quando você não tem uma urgência, por vezes, você vai entrar em numa fila de espera.*” Contudo, esse fácil acesso

às comunidades se dá por parte dos serviços que dispõem de veículo para chegar até as comunidades, e nem sempre o inverso ocorre, pois muitos usuários não possuem veículo para chegar até o ponto de atendimento do serviço, precisando fazer longas caminhadas ou dependendo de carona ou mesmo de o município vir buscar na residência. Esse transporte é realizado pelo município com ambulância ou carro público e acontece de forma rápida no caso de um dos municípios.

No município de G3, a malha viária também permite aos usuários que possuem carro ter fácil acesso, contudo, aos que dependem de ônibus ou transporte coletivo nas linhas, é mais difícil, como se pode ver na fala do **G3**: *“sim, pela questão dos horários e distância dos pontos de ônibus, viabilidade financeira [...]”* destacando-se a questão geográfica de algumas localidades em relação à sede.

O acesso às informações deve ser compreendido como garantia do direito de acesso ao atendimento em saúde visto que isso agiliza, muitas vezes, a procura pelo serviço, além de direcionar mais facilmente o usuário ao serviço de referência à sua necessidade e demonstrar a articulação existente entre a rede intersetorial.

Diante da importância do assunto, questionou-se quanto à forma como as informações dos serviços de Saúde Mental são oferecidas à população rural. As repostas a essa questão se apresenta conforme o quadro abaixo.

#### **Quadro 7 - Acesso a Informações à população rural sobre os serviços de saúde mental na perspectiva dos gestores**

<b>Acesso a informações</b>
Visitas domiciliares do ACS
Folders entregues pela rede
Ações anuais
Meios de comunicação
Conferências de saúde

**Fonte:** Dados coletados na pesquisa 2019.

As informações do serviço em Saúde Mental têm papel importante na Rede de Saúde e na Rede Intersetorial, daí a relevância de folders, que podem ser disponibilizados à população que transita nesses espaços e no comércio, inclusive, pois há um grande número de pessoas que circulam entre os diferentes níveis dos serviços de saúde e da Rede Intersetorial. A rede tem grande importância no acesso às informações sobre saúde mental e seus serviços para que o cidadão tenha sua saúde tratada e qualidade de vida.

Os meios de comunicação estão entre as formas de acesso e replicação de informações e são de suma importância para a divulgação dos serviços, horários de atendimento, orientação e educação para a saúde, dentre outros. O mais utilizado pela população é a mídia de rádio, como se verá no item sobre os dados dos usuários e familiares, inclusive, as ações anuais de saúde são veiculadas nas mídias, além da divulgação dos serviços via folders entregues na Atenção Básica, demais serviços e RAPS.

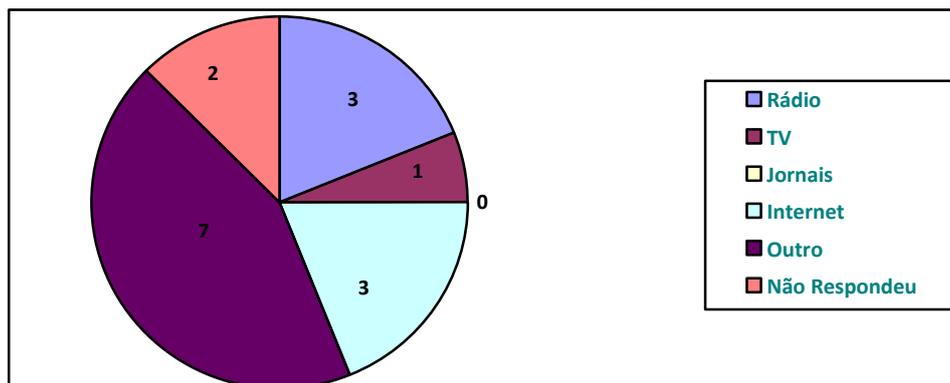
Outra questão investigada é a forma como os usuários têm acesso às informações sobre os atendimentos de que precisam haja vista compreender-se que o não acesso à informação ou a dificuldade de acesso à informação também se caracterizam como uma dificuldade de acesso aos serviços de saúde ofertados à população.

Aqui destaca-se a questão, por exemplo, da telefonia no meio rural, pois esta foi uma das principais dificuldades da pesquisadora no momento de realizar o primeiro contato com o usuário e família para explicar sobre a pesquisa e agendar o primeiro contato ou a ida até a residência para realizar a coleta dos dados via aplicação do questionário. Com isso, na grande maioria, acabou-se indo diretamente até a residência, pois não havia como contatar os usuários via telefonia. Essa limitação indica a dificuldade no acesso às informações e, em caso de crise, inclusive, o atendimento imediato com a equipe do CAPS, o que configura uma dificuldade de acesso ao tratamento em saúde mental.

A dificuldade de acesso representada pela limitação de sinais de telefonia também se apresenta em situações de necessidade de entrar em contato com familiares para pedir ajuda ou para pedir suporte do serviço de urgência e emergência. Essa realidade remete a Frenk (1985 *apud* FLEURY; GIOVANELLA, 1996, p. 189), que traz o acesso “[...] relacionado à capacidade de um grupo para buscar e obter atenção.” Não apenas em condições de empoderamento ou culturais, mas também pelas condições materiais concretas para essa busca.

Esta representa uma dificuldade que não apareceu no *rol* das formas de ter informações sobre os serviços em Saúde Mental ou mesmo da Atenção Básica. As respostas a essa questão foram demonstradas no gráfico de número 05.

**Gráfico 01- Formas de acesso dos usuários às informações sobre os atendimentos**

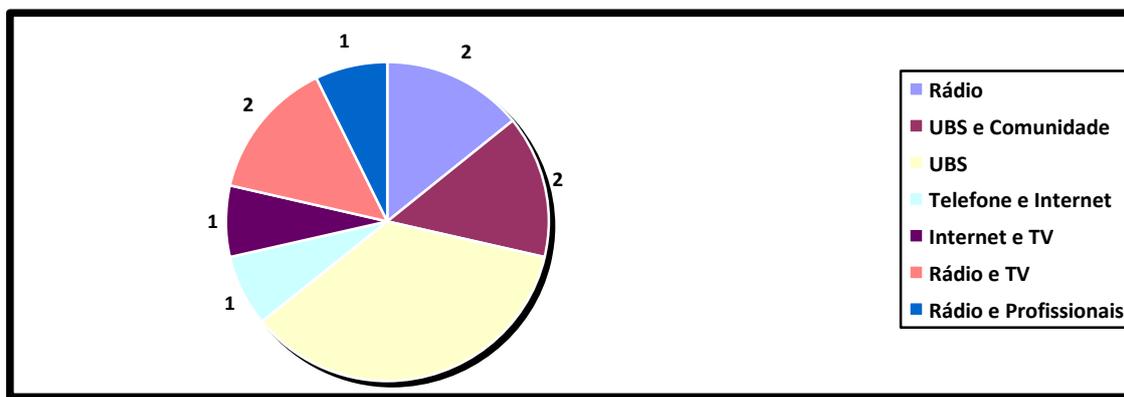


Fonte: Dados coletados na pesquisa 2019.

Dos sujeitos da pesquisa, 03 acessam as informações via rádio; 1 via televisão; 03 via internet; 07 de outra forma e 02 não responderam. Deste grupo, 47% dos sujeitos indicaram que a outra forma de acesso compreende a ida até a UBS; ao CAPS, com 20% dos sujeitos; via telefone 13%; por meio da escola, 7%.

Dentre os familiares, acerca das informações sobre os serviços de saúde e saúde mental e forma como acessam essas informações, as respostas foram as seguintes:

**Gráfico 02- Como os familiares recebem as informações sobre saúde**



Fonte: Dados coletados na pesquisa 2019.

Alguns acrescentaram especificidades: só tem informação quando vai para atendimento na sede do município ou na comunidade vizinha que tem uma UBS; outra destacou que, além do rádio, **FI** “às vezes, as meninas do posto passam” e ela tem informações sobre os serviços, podendo-se relacionar esse fato à questão da distância geográfica das residências em relação aos serviços nas comunidades, sendo, portanto, importante a visita domiciliar dos profissionais, no sentido de informar, escutar esses sujeitos

no domicílio e território de saúde, além de se utilizar diferentes veículos de mídia e comunicação para manter a população informada dos serviços e formas de acesso.

A informação é elemento indispensável para o acesso aos serviços. É por meio dela que, muitas vezes, é possível identificar determinados serviços e, no momento de procurá-los, conseguir estabelecer a adesão e permanência, pois pode-se fornecer informações prévias importantes para a compreensão e representação sobre o serviço. Assim, facilita-se o acolhimento do sujeito, podendo focar a escuta nos sintomas e em dirimir dúvidas que permanecem em relação ao serviço procurado. (COHN, 1991)

Contudo, a busca direta só é possível em serviço de porta aberta ou na Atenção Básica, que fará a estratificação. No caso de um dos municípios, é a Atenção Básica que encaminha ou o serviço de urgência e emergência. Normalmente, nesses casos, o quadro clínico já está bem agravado, o que demanda atendimento o mais rápido possível, não sendo viável ficar em fila de espera.

Os casos de médio risco, muitas vezes, ficam na fila por anos para serem atendidos. Quando o são, já configuram alto risco e precisam ser encaminhados ao serviço de CAPS, ou, por terem o quadro agravado, acabam vindo para o Serviço do CAPS via urgência/emergência.

O referenciamento adequado pela equipe de Atenção Básica, que se dá por meio da estratificação de risco em saúde mental, é considerado uma facilidade de acesso, pois agiliza o atendimento especializado, demonstrando a importância que se dá ao quadro de saúde mental do sujeito e ao tratamento, inclusive, no território via o matriciamento.

Nesse sentido, para facilitar o acesso ao serviço de que a pessoa precisa, é necessária a estratificação de risco na Atenção Primária, o que terá efetividade através do matriciamento ou apoio matricial nos territórios. Com isso, haverá maior precisão nos encaminhamentos, reduzindo, assim, filas que se formam no serviço de Saúde Mental.

Em relação ao modo como chega à demanda do meio rural aos serviços de saúde e saúde mental, no município, pode-se observar os dados no quadro a seguir:

#### **Quadro 8 - Como a demanda chega ao Serviço Especializado**

Livre demanda
Encaminhamento do ACS à UBS
Por equipamentos públicos e rede de atenção psicossocial (UBS, ESF, Conselho Tutelar, Ministério Público, Poder Judiciário)
Referenciamento pelas UBSs e ESFs

**Fonte:** Dados coletados na pesquisa 2019.

O aumento da cobertura nas comunidades facilita a demanda, o conhecimento sobre os serviços e as formas de acesso, contribuindo, assim, para acessar o serviço e atendimento. Além disso, com o acompanhamento dos ACSs, a probabilidade de os usuários permanecerem no serviço especializado e aderirem ao tratamento aumenta em grande proporção em relação aos usuários que não têm a cobertura e acompanhamento dos ACSs para monitorar, orientar e estimular o uso da medicação e a continuidade do acompanhamento.

O convencimento de que é necessário se tratar parece ser o principal desafio dos serviços e de seus trabalhadores e está diretamente relacionado à dimensão da permanência e aceitabilidade do tratamento em saúde mental, de confiabilidade no serviço e manutenção do tratamento.

Buscou-se saber também se há uma localidade rural do município em que ocorre a maior demanda por serviços em saúde mental, e a resposta foi unânime entre os gestores de que não há esse levantamento ainda.

O financiamento e a gestão da política de saúde se fazem importantes neste trabalho uma vez que, sem o financiamento adequado e uma gestão coerente do financiamento da política de saúde e saúde mental, o acesso aos serviços fica prejudicado, a oferta desses serviços acaba ficando limitada, ou não sendo ampliada no território de abrangência, principalmente no meio rural. De modo geral, o meio rural apresenta uma população reduzida em relação ao meio urbano, sofrendo, por isso, com a inexistência do serviço na localidade. Faz-se necessário, então, o deslocamento, em sua grande maioria, com alto custo, exigindo um tempo demasiadamente longo para acessar os serviços de saúde dos quais essa população necessita.

Essa situação pode ser entendida quando se observa a forma como o Estado se organiza e investe nas políticas públicas. Segundo Salvador (2012, p.124), o Estado capitalista pensa as políticas sociais com o enfoque do privado, ou seja, cortando investimentos nas políticas sociais de forma a minimizar o investimento nas políticas sociais públicas e ampliando o investimento no mercado financeiro. Desse modo, enfraquece a proteção social e não supre as demandas existentes nas diversas políticas sociais, as quais, por sua vez, também são produto das relações capitalistas e das políticas neoliberais excludentes, que deixam milhares de cidadãos à margem do mercado econômico e do acesso aos direitos mínimos.

Em relação à gestão, mais especificamente se existe alguma dificuldade da gestão dos municípios participantes da pesquisa em atender às demandas em saúde mental da população rural do município, obteve-se as seguintes informações:

### Quadro 9 - Atendimento à demanda

Facilidade em atender à demanda	Dificuldade em atender à demanda
Matriciamento	Aumento da demanda
Efetivação do apoio matricial no território	Efetivação do apoio matricial no território
Investimento maior	Escassez de profissional especialista (psiquiatra) que atenda via SUS
Desmistificação do serviço dos CAPSs	

Fonte: Dados coletados na pesquisa 2019.

Outra questão importante é o financiamento dos serviços. As políticas sociais devem ter seu orçamento assegurado pelo Estado, portanto, o orçamento para as políticas sociais é público e é por meio deste que se “[...] garante a concretude à ação planejada do Estado e espelha as prioridades das políticas públicas que serão priorizadas pelo governo. [...]” (SALVADOR, 2012, p. 124). O financiamento e o orçamento que se destinam às políticas sociais estão diretamente vinculados à garantia de acesso do cidadão aos serviços, pois definem a oferta e manutenção dos serviços para a população, além da qualidade, garantindo a confiabilidade nos serviços ofertados, a vinculação e/ou permanência nos serviços e/ou ações desenvolvidas em cada política social. O investimento por parte do Estado prima pela perspectiva neoliberal e desoneração do próprio Estado.

Assim, buscou-se saber se há um orçamento específico para os serviços de saúde mental nos municípios; se existe, qual é e como está previsto. Os dados em relação a esses questionamentos se mostraram da seguinte maneira:

### Quadro 10 - Recursos e financiamentos da Saúde Mental no município

Realidade encontrada	Realidade encontrada
Não há valor específico destinado	Lei de Diretrizes Orçamentárias
Transferência fundo a fundo pelo Estado	Plano Plurianual
Incentivo com valor fixo	Recurso de receita e custeio

Fonte: Dados coletados na pesquisa 2019.

Ainda para Salvador (2012), o financiamento das políticas sociais deve ser garantido e assegurado pelo fundo público, que tem papel importante e ativo nas políticas sociais e macroeconômicas também. Esse papel ativo se configura no “[...] alargamento das políticas sociais e garantir a expansão do mercado de consumo.” (MÉSZÁROS, 2003 *apud* SALVADOR, 2012, p.125).

Definição que determina, de acordo com a lei 8.080/90, no sentido de garantir, no âmbito do município, à direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS “[...] planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde”, além de ficar a cargo dos municípios os cuidados em relação às condições de ambientes de trabalho, de vigilância epidemiológica; de vigilância sanitária; de alimentação e nutrição; de saneamento básico; e de saúde do trabalhador, dentre outros serviços para os quais os municípios contarão com financiamento da federação, do estado além de recursos próprios que serão destinados de acordo com a legislação vigente (BRASIL, 2019a, s.p.).

Quanto à conferência, cumpre o papel de informar, portanto, deixa a desejar, pois a participação ainda está em construção e a especificidade da saúde mental não está totalmente definida; fica diluída na Conferência de Saúde, o que, de todo, não é ruim. Já mostra um avanço embora pequeno, mas se deixa de aprofundar a discussão específica em relação à saúde mental e as necessidades dessa área, de compreender-se qual é realmente o financiamento que existe, os repasses específicos dessa área para a implementação do serviço e uma maior qualidade do serviço ofertado.

A população tem o direito e também, de certa forma, o dever de participar da gestão e da forma de pensar a oferta dos serviços das políticas públicas à população, opinar sobre o financiamento desses serviços e acesso da população. As conferências são, portanto, momentos ricos e oportunos para essa participação se realizar, além de promover o conhecimento acerca dessas políticas e a abrangência dos serviços ofertados.

Questionado se há um eixo específico destinado à saúde mental na Conferência Municipal de Saúde, **G3** respondeu que “*Nas pré-conferências são realizadas propostas, com o tema, daí a própria população ou profissionais ou representantes de setores mandam propostas e, nas conferências, você aprova, [...]*”, o que demonstra que a saúde mental ainda não está efetivada como política específica, permanece diluída na política de saúde, apesar da complexidade e da necessidade de se discutir e levar a uma maior e melhor compreensão em relação à atenção necessária e disponível para a doença mental da população.

Questionado se o município não fez nenhuma conferência chamando mais especificamente atenção à saúde mental, **G3** respondeu que não, e que é “[...] *a primeira conferência na verdade, que eu participo, mas chamando para a questão da saúde mental não porque o tema é, vem de cima, é Federal. [...]*” Esta questão vem sendo abordada por alguns profissionais da saúde, pois uma conferência específica sobre saúde mental poderia levar a reflexões e compreensão maior sobre a doença mental e as inferências da população,

como rede e família, poderiam contribuir na melhora da saúde mental da população. Poder-se-ia também instituir trabalhos de prevenção e diagnóstico precoce do adoecimento mental, permitindo-se intervenções a tempo para não haver o agravamento dos quadros psíquicos.

Isso demonstra que a população está atenta e exercitando a participação nas discussões na área da saúde, sugerindo melhorias nos serviços ofertados aos distritos e comunidades rurais, que possam, inclusive, ampliar o acesso em todas as suas dimensões.

**G4** respondeu a essa questão, dizendo que *“Dentro dos serviços do CAPS, do COMAD, nós tivemos conferência regional, mas daí é muito voltada a álcool e drogas.”* O que demonstra uma maior evidência das consequências e agravos do uso de álcool e outras drogas na sociedade e, de certo modo, na área de saúde. Assim, em relação à conferência específica da saúde mental, voltada a transtornos não relacionados ao uso de álcool e outras drogas, não houve, conforme **G4** respondeu *“A conferência específica de saúde mental nós não fizemos. Ela entra como discussão dentro da Conferência Municipal de Saúde porque todas as demandas têm que ser trazidas para a Conferência Municipal de Saúde”*.

Questionado se não haveria necessidade de uma conferência específica, o **G4** respondeu que *“[...] pode ter um espaço de discussão [...] há uma discussão que se trate de, não conferência, mas encontros, entre esta periodicidade de quatro anos, então um dos temas pode ser a saúde mental.”*

Indagado se seria se em forma de seminário, algo nesse sentido ou pré-conferência, **G4** respondeu que *“Um momento de uma plenária para a avaliação da Conferência Municipal voltada ao enfoque de saúde mental e aí pode ter vários enfoques: saúde mental [...]”* Justificando essa organização pelo fato de que *“[...] hoje a saúde mental, [...] ela tem que estar concentrada dentro da Atenção Básica porque não se dissocia um serviço do outro. [...]”*

Fica evidente que a aposta principal está centrada na Atenção Básica, contudo, se faz necessário, além do matriciamento, que as discussões sobre saúde mental, o manejo e cuidado na Atenção Básica se ampliem a fim de que a população também tenha esse conhecimento e passe a confiar na avaliação da Atenção Básica para a manutenção desse atendimento e cuidado na própria UBS ou na Atenção Especializada, caso seja alto risco. Durante um período, cultivou-se a ideia da Atenção Especializada ligada ao adoecimento, dificultando ao usuário compreender o retorno ao generalista e as interconsultas realizadas por matriciamento na Atenção à Saúde Mental.

Sobre ter havido discussão específica voltada à questão da saúde mental na Conferência Municipal de Saúde, **G4** respondeu que:

*[...] sempre tem proposta, com relação à saúde mental, [...] nessa última, [...] ela foi mais geral pensando na organização das redes de serviços, que vai entrar tudo, do financiamento, da participação da comunidade, [...]*

A Conferência de Saúde é um momento privilegiado de participação da comunidade e dos trabalhadores em saúde. Dela podem ser alavancadas ações e formas de implementação do sistema de atenção no município de modo a facilitar a forma de trabalhar e, principalmente, o acesso dos usuários aos serviços. Contudo, seria de grande importância que tivessem um eixo específico para abordar a questão da saúde mental e os serviços ofertados, bem como para fortalecer o matriciamento e efetivá-lo em sua capacidade total, garantindo-se o plano de cuidado no território de saúde e residência, além de divulgar os serviços de saúde mental existentes para a população e representantes da rede intersetorial que participam da conferência.

A rede de apoio psicossocial, ou intersetorial, via CRAS volante, clube da comunidade, rede de familiares e comunidade, espaços como praças e oferta de atividades simples pode trazer grandes benefícios na estabilização ou redução dos riscos em saúde mental e quanto mais pessoas conhecerem as especificidades da saúde mental mais contribuirão com o usuário dos serviços.

Assim, fica claro que conhecer o sujeito, desenvolver o cuidado no território, respeitá-lo em suas crenças, cultura, história, forma de ser e agir nas relações sociofamiliares, é de suma importância, isso, pois facilita o acesso ao serviço e ao cuidado, garantindo-se a adesão ao serviço e tratamento, além de favorecer a participação do usuário nos serviços e ações desenvolvidas, bem como de seus familiares no tratamento e cuidado.

#### 4.2 DADOS DOS SUJEITOS DA PESQUISA: USUÁRIOS E FAMILIARES

O perfil dos sujeitos é um elemento de grande importância para se conhecer os usuários do serviço e particularidades do território de residência e saúde no qual esses sujeitos estão inseridos, pois é a partir desse conhecimento que se podem adequar ações e atividades para alcançar os usuários, facilitando, principalmente, a adesão e permanência no serviço, que são parte das condições de acesso, como se demonstrou no item 2 deste trabalho

Conhecendo o perfil do usuário, pode-se compreender o seu nível sociocultural e econômico, hábitos alimentares, lazer, cultura, dentre outros aspectos que interferem diretamente na saúde orgânica e mental dessas pessoas, ou as razões do seu adoecimento.

Assim, buscou-se traçar o perfil socioeconômico dos sujeitos da pesquisa. Ao longo da pesquisa, dois dos usuários selecionados foram excluídos da análise, pois não se enquadravam no corte etário definido para a pesquisa, acima de 18 anos de idade. Contudo, destaca-se que os dados referentes aos familiares foram coletados e inseridos na análise de dados dos familiares dos usuários.

#### 4.2.1 Perfil dos Usuários

Cabe destacar que a amostra de sujeitos e familiares pesquisados foi composta por 28 sujeitos residentes no meio rural dos três municípios elencados como campo de pesquisa, Diamante D'Oeste, Toledo e Marechal Candido Rondon. Com base nesses dados, foi elaborado o perfil dos usuários.

A primeira área que se buscou desenvolver no decorrer da pesquisa de campo foi a identificação da pessoa com transtorno mental, através de questões gerais como idade, sexo, escolaridade, composição familiar no domicílio, dentre outras questões pertinentes.

Quanto à faixa etária, a maioria dos sujeitos da pesquisa está compreendida na faixa etária considerada economicamente ativa, com escolaridade, na maioria, de ensino fundamental e médio completo, como se pode ver no quadro abaixo:

**Quadro 11- Faixa etária e escolaridade dos sujeitos da pesquisa.**

Faixa etária	Qt	Escolaridade	Qt	Escolaridade	
				Masc.	Fem.
18-25	00	EFI	04	03	01
26-35	05	EFC	03	00	03
36-45	02	EMI	01	00	01
46-55	05	EMC	07	02	05
56-65	01	ESI	00	00	00
		ESC	01	01	00

**Fonte:** Dados coletados na pesquisa 2019.

A escolaridade entre os sujeitos da pesquisa do sexo feminino supera a dos homens na conclusão do Ensino Médio; se iguala na proporção do Ensino Fundamental completo, mas fica abaixo da média masculina em relação ao Ensino Superior. Isso demonstra a dificuldade de a mulher se manter no processo educacional e conquistar formação em nível superior. Apesar de se formarem em maior número no nível médio, no superior, o número ainda é menor. A educação em si pode contribuir para uma melhor forma de lidar com questões do cotidiano, diminuindo fatores de estresse, pois acaba por facilitar a resiliência emocional e ampliar as possibilidades de resoluções de conflitos internos e externos. Assim, quanto maior

a escolaridade mais elementos internos e externos podem ser lançados para o não adoecimento mental ou redução do sofrimento psíquico.

Em relação à sucessão familiar, em alguns casos, essa não é possível ser assumida pela pessoa que tem transtorno mental face ao nível de comprometimento de seu quadro, o que dificulta ou a impede de assumir operações econômicas, plantio e cuidados com a propriedade sozinha, mas, com o apoio de outro familiar, consegue contribuir nos afazeres ainda que com autonomia de longo prazo.

Em alguns casos, em razão da diferença de idade, ocorrem conflitos geracionais, que, em dadas situações, são reforçados e potencializados pela condição de estudo, como se pode ver na fala do **PE**: “[...] eu me formei na faculdade e fui trabalhar. Daí, quando voltei, o pai e a mãe tinham um jeito de trabalhar. Eu queria dar opinião e eles não aceitavam.”

Os jovens acabam por vislumbrar possibilidades diferentes de potencializar a economia da propriedade, principalmente, com o turismo rural e outras práticas associadas aos modelos tradicionais de uso da propriedade, o que, muitas vezes, gera conflitos entre as gerações, e, quando tem associado um quadro de transtorno mental, o conflito pode ser intensificado pela própria característica da doença.

Contudo, se faz importante a convivência familiar e o trabalho de autonomia da pessoa com transtorno mental a fim de que seja o mais independente possível para assumir cuidados consigo mesmo, e, principalmente, o trabalho no sentido de evitar-se os conflitos. Esse processo pode ser estimulado por meio do desenvolvimento da resiliência emocional, do pôr-se no lugar do outro, da cultura do diálogo, tanto da pessoa com transtorno mental como dos familiares e idosos desse núcleo, do respeito ao papel de cada um na família e, principalmente, da valorização e do entrelaçamento dos diferentes saberes. Conforme discutido no capítulo 2 dessa pesquisa, a família é a primeira célula de cuidado com o outro e vem sendo posta como centro das políticas de saúde, educação e assistência social de acordo com o descrito na Constituição Federal de 1988, segundo a qual esses serviços acontecerão com a colaboração da família (BRASIL 1988), constituindo-se, de acordo com Miotto (2008), como familismo.

Em relação à naturalidade, apenas três dos sujeitos da pesquisa não nasceram no Paraná: 01 nasceu em Santa Catarina, 01 no Rio Grande do Sul e 01 em São Paulo, contudo, vieram com a família e se estabeleceram aqui. Um veio a menos de um ano. Os demais estão na região há muitos anos a ponto de se considerarem já ambientados culturalmente ao território e às relações estabelecidas nas comunidades, são, portanto, conhecedores das condições da região e da especificidade agrícola desta.

Após essa análise e identificação socioeconômica familiar, passou-se às especificidades do adoecimento mental, na intenção de verificar se o trabalho na propriedade rural contribuiu ou não para o adoecimento mental, pois o trabalho, como já abordado, é o elemento utilizado pelo homem para sua sobrevivência e com o qual age sobre a natureza, transformando-a, ao mesmo tempo em que se transforma em ser social e provê sua sobrevivência. Todavia, existem trabalhos que, em razão de suas condições de desgaste, penosidade, pressões para a produção e obtenção de lucros causam, muitas vezes, transtornos, além de degenerações do físico, as chamadas lesões por esforço repetitivo, dentre outras.

A sociedade não pode existir sem a natureza, afinal, é a natureza, transformada pelo trabalho, que propicia as condições da manutenção da vida dos membros em sociedade. Segundo Marx (1983), “O trabalho é fundamental para a humanidade, ele permite a sobrevivência, o desenvolvimento, a transformação, a criação dos homens”. O trabalho nasce, ou se expressa concretamente, da necessidade de o homem lutar para manter-se vivo. É um processo do qual participam o homem e a natureza. Sem ele, não há transformação da natureza.

Ao produzir os meios de vida, os homens produzem sua vida material. A produção da própria vida se dá de forma natural e social.

O trabalho se dá pelo ato de idealizar-se a ação e transformá-la em ato, de pensar-se num meio e num fim, e isso só é possível em comunidade, no social. Para Marx (1983), não há qualquer teleologia sem que haja trabalho. Porém, à medida que as relações no contexto do trabalho avançam no modo de produção capitalista, a exploração da mão de obra se intensifica e as condições dos trabalhadores ficam cada vez piores, agravando-se as expressões da questão social expressas na saúde, alimentação, condições de moradia, enfim os trabalhadores ficam em condições extremas de pobreza e marginalização (IAMAMOTO, 2009).

Dessa forma, à medida que o desejo de obter maior produção para satisfazer a necessidade social se apresenta, aumenta-se a destruição dos recursos naturais e a escassez. Aumenta também a necessidade de ampliação da jornada de trabalho no campo para acompanhar o padrão de consumo capitalista. Essa dinâmica provoca doenças de ordem física em função do desgaste do corpo, bem como doenças mentais. De modo geral, observam-se inúmeros desastres ambientais, alagamentos, deslizamentos de terras, enfim diversas questões ambientais que refletem nos aspectos econômicos. É preciso que se invista tanto no nível pessoal como estatal para a recuperação das perdas materiais ocorridas em decorrência desses desastres, assim como no social, para o enfrentamento das consequências, com projetos de moradia digna, infraestrutura de saneamento, educação, cultura, saúde etc. (BOFF, 2012).

Mas a preocupação do Estado em relação à questão socioambiental é recente em termos históricos e, segundo Nunes (2018), a partir dos anos 1970, ganhou atenção e mais espaço “[...] na agenda dos governos, da sociedade, das empresas e da mídia [...]” (NUNES, 2018, p. 210), contudo, ainda não é debatida com a necessidade real para a resolução da questão e de suas consequências, que se constituem em facetas da questão social e socioambiental.

A sociedade se apresenta como uma sociedade de riscos, tanto à integridade do meio ambiente, da saúde do homem, bem como de sua existência. Nesse sentido, buscou-se aporte em Costa (2017), em cuja obra: “Agroecologia no Brasil: história, princípios e práticas na discussão sobre a relação sociedade-natureza”, afirma que está explícito em nível global “[...] o impasse do crescimento exponencial da população que com a Revolução Industrial passou a consumir exacerbadamente energia e matérias-primas, e consolidou a apropriação desigual da riqueza gerada pelo esforço de todos, entre nações e classes sociais.[...]”, produzindo concomitantemente a “devastação dos recursos naturais [...], a poluição atmosférica, desequilíbrios ecológicos severos e restritivos à vida humana, bem como a exclusão econômica e social de parcela expressiva da população.” (COSTA, 2017, p.11).

Segundo Porto (2012, p. 33), esses riscos ocorrem como consequência do “[...] desenvolvimento econômico e tecnológico, estejam eles presentes no ambiente onde as pessoas trabalham, moram ou circulam [...]” se constituindo em riscos graves ou não. O enfrentamento dessa questão e desses riscos envolve ações políticas, sociais, econômicas e conceituais que possibilitem às pessoas a compreensão desses riscos a partir de sua realidade sócio-familiar-política e o desenvolvimento de formas de enfrentamento em todas as instâncias da sociedade, de forma individual e coletiva.

A natureza humana tem como componente natural olhar as coisas ao seu redor, o mundo. Esse olhar se concretiza de maneiras e com enfoques diferenciados, pois cada um olha a partir de sua experiência, expectativas, aprendizados etc. São, portanto, olhares diferentes sobre o mundo, sua constituição, configuração, relações e espaços.

A sociedade não pode existir sem a natureza, pois é a natureza, transformada pelo trabalho, que oferece as condições da manutenção da vida dos membros em e na sociedade. A sociedade humana, independente da forma como esteja organizada, tem sua existência alicerçada na natureza, variando, apenas a relação da sociedade com a natureza para o uso dos elementos naturais e os meios empregados para isso.

Com a entrada do capitalismo em sua forma mais agressiva, modificou-se a relação da sociedade com a natureza. A relação homem-natureza passa ser de expropriação da natureza

sem precedentes, colocando em risco a população mundial pela escassez dos recursos naturais não renováveis. Torna-se, assim, um sistema de produção insustentável para a manutenção da vida no planeta, gerando, por um lado, a questão ambiental, e, como consequência, a questão socioambiental, que, por sua vez, se apresenta tanto no meio urbano como no meio rural. (BOFF, 2012).

Essas relações se dão também no espaço rural e as expressões da questão social advindas das contradições capital-trabalho nesse espaço social, em função da exploração do meio ambiente para a obtenção de lucros, gera outra faceta da questão social, a questão socioambiental, a qual, por sua vez, incidirá sobre a saúde física e mental do trabalhador rural. De acordo com Marx (1844, p. 1 *apud* NUNES, 2013, p.199), “[...] a vida física e mental do homem e a natureza são interdependentes, simplesmente significa ser a natureza interdependente consigo mesma, pois o homem é parte dela [...]”. Assim, cuidar da natureza é cuidar da saúde e da saúde mental do homem.

Ao se analisar os serviços das políticas públicas como saúde, por exemplo, muitas vezes, se e quando chegam até o meio rural, observa-se que não têm a qualidade e eficácia necessárias para essa população, pois não é possível, com a estrutura que se tem ali estabelecida, atender a integralidade das necessidades da pessoa, obrigando-a a deslocar-se à sede dos municípios para o atendimento.

Configura-se, assim, em uma política cuja efetividade não atinge os níveis necessários para garantia de universalidade prevista na Lei 8.080/90, e, quando se faz um afunilamento em relação à saúde mental no contexto rural, percebe-se que se trata de uma expressão da questão social nesse contexto sociofamiliar e territorial e também da questão socioambiental, pois o ambiente influencia no adoecer mental.

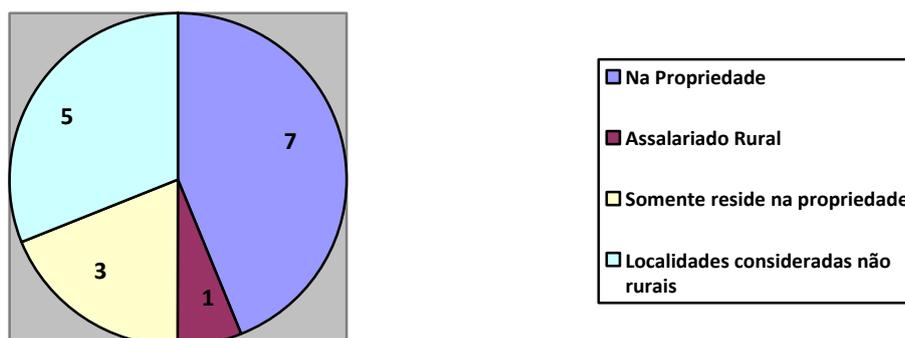
A questão ambiental, no meio rural, reflete também na educação, pois a maioria das famílias acaba migrando para os centros urbanos em busca de melhores condições de acesso aos serviços em geral, e as escolas rurais, em função do baixo índice de alunos, na maioria das vezes, são fechadas e os alunos que permanecem no campo são levados para escolas na região urbana. Há avanços, mas não o desenvolvimento através ou a partir das políticas e serviços, deixando novamente as pessoas do meio rural privadas de liberdade de acesso e de desenvolvimento específico para a sua realidade. A questão ambiental é mais uma das expressões desse conflito alimentado pelo capitalismo (PRATES, 2015).

Assim, com base nesse olhar, estabelecem-se conceitos sobre as diversas facetas que se apresentam no cotidiano de vida em que a questão socioambiental é expressão e, ao mesmo tempo, desencadeadora da questão social em suas diferentes manifestações. Também se

apresenta e se constitui como demanda das políticas públicas sociais e da prática profissional interdisciplinar.

Em relação ao trabalho, que foi um dos quesitos investigados pela implicação na construção do ser social e também a sua destruição em termos de adoecimento físico e mental, o local de trabalho dos sujeitos da pesquisa se mostra como no quadro a seguir:

**Gráfico 3 - Local de trabalho**



**Fonte:** Dados coletados na pesquisa 2019.

Percebe-se, conforme o gráfico acima, que 07 dos sujeitos da pesquisa trabalham na propriedade onde residem; 01 é assalariado rural, já se inserindo nas relações de trabalho assalariado como patrão e empregado, o que traz desgastes diferenciados aos do produtor familiar, dono da propriedade; 03 apenas residem na propriedade e 03 residem em propriedades que têm características urbanas, pois são lotes em vilarejos, porém em se analisando que não possuem as demais características de meio urbano, pode-se considerar território rural com característica urbana ou se enquadrar no urbano.

Para Barcellos (2008, p. 237) e colaboradores, o espaço é “[...] produto e produtor de diferenciações sociais e ambientais.” As repercussões são sentidas de formas diferenciadas devido à “organização socioespacial, cultural, política e econômica da população que compõe esse espaço, [...]” assim como a muitas doenças que surgem em territórios diversos, pois há relações de forças, gestão e fronteiras específicas onde cada população vive. Esses riscos surgem na forma de vida de cada um nesses territórios e as “[...] ameaças a que estão expostas cotidianamente”. Pode-se observar que as formas de trabalho dos sujeitos da pesquisa, mesmo estando no meio rural, são diferentes. Isso fica evidente nas respostas da pesquisa como, por exemplo, quando um deles afirma que auxilia no trato dos animais, mas não considera trabalho na propriedade.

Em relação ao residir em propriedade rural, os dados mostraram que 07 residem em propriedade rural e 09 não residem ou não consideram a propriedade como rural, embora, pela colocação de autores estudados, seriam rurais pela demografia e geografia. (SANTOS, 1978).

PB coloca que não há produção na propriedade, que a utiliza apenas para residir e os familiares trabalham fora da propriedade, como pedreiros (irmão e pai); destacou que ela e o esposo trabalham fora e residem em um lote na vila PF; PG declarou que “[...] *residem em lote urbano na vila, não tem profissão, somente afazeres da casa [...]*” e o esposo é aposentado por invalidez. Como visto no capítulo 1 deste trabalho, há um percentual elevado de pessoas do meio rural recebendo o benefício do INSS e, entre 2000 e 2009, dos 120,1 milhões de benefícios de auxílio-doença e acidentes, concedidos por incapacidade, 51,4 milhões foram para os trabalhadores do meio rural sendo um número acentuado de benefícios tendo como causa transtornos mentais.

Um dos sujeitos da pesquisa respondeu que, durante um ano, residiu em uma chácara, pois estava encostado e, para sair do aluguel, foi morar nessa chácara, (época em que foi encaminhado ao CAPS). Não tinha compromisso com muitas atividades no local e, ao mesmo tempo, tinha uma renda; era pedreiro especializado em acabamento, mas havia se machucado e ficou sem conseguir trabalhar por um período; 01 respondeu que atualmente não trabalha mais, pois arrendou a terra, onde mora, na vila, faz apenas atividades de horta.

Quanto ao fato de ser ou não proprietário de algum imóvel rural, as respostas obtidas indicaram que 07 são proprietários e 09 não são proprietários. Quanto ao tamanho da propriedade, estas variam de 3.000 metros a 09 alqueires. Portanto, são pequenas propriedades, de produção familiar cuja principal atividade é a agricultura em 05 do total das propriedades; seguida pela produção leiteira, com 02, e com 01 que trabalha com suinocultura e 01 que arrendou a terra.

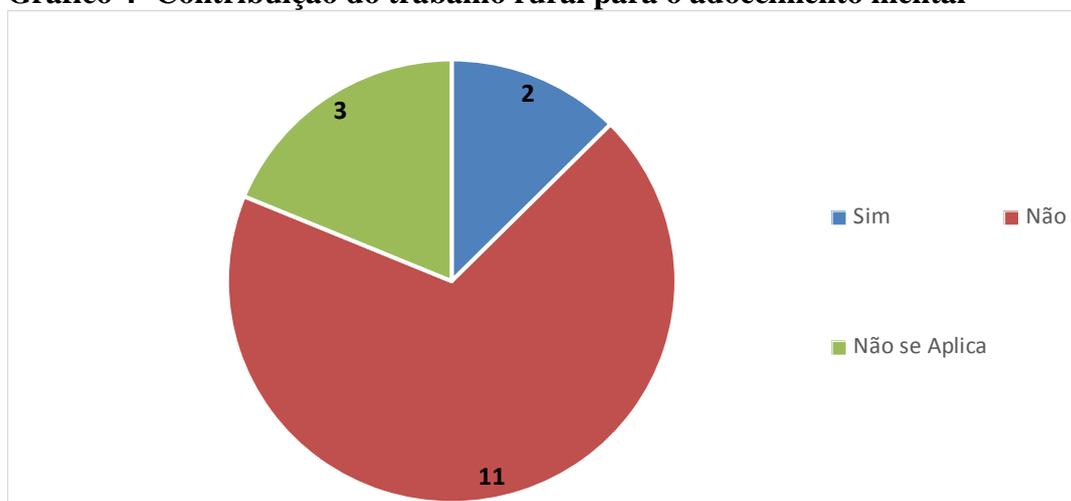
O cultivo que prevalece é o do milho; seguido da soja e mandioca. O tempo de cultura na propriedade varia em torno de 10 anos. Aquela que conserva a mesma produção por maior tempo é uma que tem criação de suínos e lavoura há 26 anos. A produção leiteira varia de 02 anos a 26 anos. Sete dos sujeitos da pesquisa não produzem, pois moram em lotes de pequena extensão, considerados urbanos.

Em relação à atividade, 03 sujeitos responderam que sempre realizaram as mesmas atividades. Um, durante um período produziu soja, sorgo e milho; 01 plantava feijão para consumo e venda do excedente, conjuntamente tinha criação de vacas para produção leiteira, mas arrendou a terra e, atualmente, cultivava apenas horta para consumo próprio. Um relatou que plantava milho para alimentação de animais, e um reside há pouco tempo em propriedade

rural. Sete relataram não terem produção nenhuma, pois residem em perímetro urbano e estavam vinculados a empresas quando adoeceram. Assim, o trabalho no meio rural não foi fator relacionado ao adoecimento mental dessa amostra, mas se constituindo para alguns dos pesquisados.

Na pesquisa, partiu-se da hipótese de que o trabalho rural contribui para o adoecimento mental do trabalhador rural. Para se verificar a questão, perguntou-se aos sujeitos da pesquisa se a rotina de trabalho que realizaram ou vem realizando no meio rural, em sua opinião, contribuiu para seu adoecimento. Os dados obtidos foram os seguintes:

**Gráfico 4- Contribuição do trabalho rural para o adoecimento mental**



**Fonte:** Dados coletados na pesquisa 2019.

O sujeito **A** respondeu que não sabe o porquê, mas acha que o trabalho na propriedade rural onde vive contribuiu para o seu adoecimento. O sujeito **B** respondeu que sim, que o trabalho na propriedade contribuiu para seu adoecimento, pois “[...] às vezes é um serviço judiado, não tem liberdade, não tem folga, sábado, domingo, férias, enfim, fica subjugado, porque não consegue ninguém para auxiliar.” A condição de subjugado, o isolamento em função do trabalho acaba por afetar essas pessoas, pois não estão disponíveis ao lazer e à convivência social por muitas horas. Mantêm-se preocupados em se ausentarem da propriedade por períodos longos, o que lhes tolhe a liberdade no sentido de se permitirem outros afazeres de forma tranquila, mantendo-se sempre em estado de tensão.

É importante observar esse aspecto, pois o isolamento provoca o adoecimento mental quando há ausência do convívio social, quando não se tem lazer, nem vínculo e participação no social. Por outro lado, o próprio adoecimento em si acaba por fazer com que a pessoa se isole socialmente e, na maioria das vezes, da própria família, como visto no cotidiano de

atendimento em CAPS, a dificuldade de conviver e estar por muito tempo em convívio com familiares e/ou mesmo com outros grupos na comunidade.

Quanto aos que responderam que a rotina de trabalho não contribuiu para o adoecimento, as justificativas foram:

- PA**, *Não sei se é isso, porque sempre gostei desse trabalho;*
- PB e PM**, *Não sei explicar, mas não interferiu;*
- PC e PH**, *Não souberam responder;*
- PD**, *Porque quando tive depressão estava trabalhando na cidade [...];*
- PE**, *porque é tranquilo;*
- PF**, *trabalhava na cooperativa Coopavel, auxiliar de produção, e depois trabalhei cinco anos na Lar;*
- PG**, *Foi depressão pós-parto;*
- PI**, *Não porque trabalhava com alegria;*
- PK e PL**, *Pelo contrário ajudou a ficar bem.*
- PN**, *Às vezes, porque é um serviço judiado, não tem liberdade, não tem folga, [...] fica subjugado*
- PO**, *Não, porque gosta do que faz;*
- PP**, *Porque foi temporário, para não pegar serviço pesado;*

O fato de sentir-se bem realizando as atividades pode ser considerado um fator de não adoecimento mental, pois a pessoa consegue lidar melhor com as pressões do trabalho quando gosta do que faz.

Quanto aos fatores que mais contribuíram para seu adoecimento, os sujeitos da pesquisa consideraram:

- PB**, *problemas de saúde orgânicos (hipertensão e problemas na coluna) daí não consegui mais trabalhar e entrou em depressão;*
- PC**, *perdas de familiares, as pessoas não te ajudam quando precisa;*
- PD**, *a pressão que sofria no trabalho para produzir;*
- PE**, *eu acho que quando me formei na faculdade, daí comecei a trabalhar num escritório [...] daí faliu, daí fui para Cuiabá, fiquei um tempo lá procurando emprego, isso contribuiu para eu ficar estressado e doente, daí quando voltei, o pai e a mãe tinham um jeito de trabalhar, eu queria dar opinião e eles não aceitavam;*
- PF**, *problemas de casa, financeiro;*
- PG**, *muita emoção, porque não lembra outro motivo;*
- PH e PA**, *não sei;*
- PI**, *uso de bebida alcoólica e fumo;*
- PL**, *minha doença surgiu porque usei maconha quando tinha 16 anos.*
- PM**, *foi questão de família, muitas brigas, violência, ameaças;*
- PN**, *o conjunto de tudo, acaba virando uma pessoa que não tem liberdade, se sair em duas horas precisa voltar para casa tratar os porcos;*
- PO**, *final de namoro;*
- PP**, *não respondeu;*

Dentre as respostas, se evidenciaram várias ligadas a questões emocionais ou à resiliência emocional. Para Silva, Elsen e Lacharité (2003, p. 1), a resiliência emocional é vista como “[...] a capacidade do ser humano responder de forma positiva às demandas da vida cotidiana, apesar das adversidades que enfrenta ao longo de seu desenvolvimento.” É considerada pelos autores como valioso potencial na “[...] prevenção e promoção das populações. [...]”

A resiliência emocional, segundo Silva, Elsen e Lacharité (2003, p.1), é considerada ainda como “[...] uma competência individual que se constrói a partir das interações entre o sujeito, a família e o ambiente e, para outros, como uma competência não apenas do sujeito, mas, também, de algumas famílias e de certas coletividades [...]”, as quais podem compor o território dessas pessoas, do trabalho e de relações estabelecidas no cotidiano de vida.

As questões orgânicas também interferem na saúde mental, pois, muitas vezes, acabam por limitar ações e atividades de rotina e de lazer, passeios, dentre outras, o que faz com que essas pessoas se sintam incapazes e um peso para a família.

Buscou-se também a especificidade do tratamento à saúde e saúde mental na Atenção Básica e do respectivo acesso. Identificou-se que, em relação à saúde básica ofertada nas localidades, a população tem acesso de forma mais facilitada. Percebeu-se, ainda, a importância da Atenção Básica para o bem-estar biopsicossocial e, principalmente, porque hoje, na área da saúde, se estabeleceu que a Atenção Primária à saúde é a porta de entrada para as linhas de cuidado, inclusive, para o serviço especializado em saúde mental via Unidades Básicas de Saúde ou Estratégias de Saúde da Família. Portanto, coloca-se o território de saúde e residência como o *locus* privilegiado para a estratificação do risco em saúde mental da população adscrita pela importância do território no conhecimento da comunidade, da rede intersetorial, da população e suas singularidades. No item a seguir, serão apresentadas e analisadas as informações sobre a Atenção Básica e Especializada em Saúde Mental junto à amostra selecionada para a pesquisa.

#### 4.3 A ATENÇÃO BÁSICA NO TERRITÓRIO DA PESQUISA

O território, como apresentado no item 1.2, da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, é um espaço permeado pelas relações sociais passadas e presentes, sendo “[...] a forma específica de apropriação e interação com o ambiente físico, as ofertas e as ausências de políticas públicas, as relações políticas e econômicas que o perpassam, os conflitos e os laços de solidariedade nele existentes.” (BRASIL, 2011, p. 12).

Essas relações também se constroem e afirmam entre as instituições ali presentes, em forma de rede, e dessas com os seus usuários. Quanto mais positivas forem as relações entre sujeitos e instituições por meio de seus trabalhadores, do acolhimento, da escuta dessa população, maiores as possibilidades de avanços em relação à saúde e saúde mental dessa população, pois os encaminhamentos e ações são mais assertivos. As UBS/ESF têm papel importante em relação a esses encaminhamentos e ações haja vista serem a porta de entrada de várias linhas de atenção à população de risco, inclusive, em saúde mental como dito anteriormente nesse trabalho.

Frente à importância do trabalho das UBS/ESF, buscou-se saber se no território onde os sujeitos da pesquisa residem há Unidade Básica de Saúde – UBS ou Estratégia de Saúde da Família – ESF. Esses dados se apresentaram da seguinte forma:

#### Quadro 12 - Unidades de Atenção Básica

Tem unidade de Atenção Básica na comunidade		Tipo de serviço		Utilização do Serviço		Avaliação do serviço prestado			
Sim	Não	UBS	ESF	Usa	Não usa	Bom a muito bom	Excelente	Regular	Péssimo
11	04	11	1	15	00	09		5	1

**Fonte:** Dados coletados na pesquisa 2019.

\* Nesse quadro, foi considerado o total da amostra, pois essas informações foram coletadas pelos familiares dos sujeitos que não foram entrevistados pela questão da faixa etária.

Contudo, entre os 09 sujeitos que consideram o atendimento bom, 02 acrescentaram em suas respostas algumas observações, como se pode ver nas respostas:

**PA,** *só uso para vacinas. Mas é bom.*

**PG,** *bom, mas se não tiver febre não atendem, mas atendem bem.*

Uma resposta colocada na somatória que considera bom o atendimento foi do sujeito **D**, pois relatou gostar do atendimento, como pode ser visto em sua resposta: “[...] *na verdade, quando fui lá, eles queriam me internar, fiquei apavorada, gosto do atendimento, [...]*,” porém destaca que “*houve mudanças*”. Em alguns períodos, havia algumas especialidades que atendiam na Atenção Primária, mas com o reordenamento das ações da Atenção Primária, passaram a ter basicamente clínico geral, o qual faz encaminhamento para a especialidade quando há necessidade. No que tange à saúde mental, pode-se relacionar ao fato de a Atenção Primária ser a porta de entrada, a qual estratificará o risco psíquico e encaminhará o usuário

ao serviço de atendimento especializado, ou CAPS II, ou Ambulatório de Saúde Mental, ou CAPS AD, enfim ao serviço correspondente à necessidade do usuário.

O sujeito **PM** que avaliou o serviço “de regular a péssimo”, o faz assim “porque tem de agendar o atendimento e o médico não atendeu direito.” Isso se deu em uma das ocasiões em que procurou o serviço da Atenção Primária na sua localidade de residência, demonstrando que o atendimento, na concepção desse usuário, precisa ser realizado no momento em que demandar, restando os agendamentos para ocasiões em que não se apresenta sintomas, ou seja, para uma avaliação de rotina.

O sujeito da pesquisa **PB** respondeu que considera o atendimento como “*péssimo, o médico muito ignorante e estúpido.*” Trata-se de um caso muito específico, relativo a um profissional e não ao serviço como um todo.

Em relação aos serviços procurados pelos sujeitos da pesquisa, o destaque é a busca por clínico geral para consultas de rotina, solicitações de exames e encaminhamentos para as especialidades ou obtenção de receitas. Dentre os 13 sujeitos da pesquisa, 01 busca a unidade somente para vacinas, 01 para Odontologia, e 01 procurou a UBS ou ESF em busca de atendimento em Pediatria e Ginecologia.

A procura em relação às Unidades de Atenção Primária se concentra em questões gerais e algumas especialidades vinculadas a problemas orgânicos. Não há menção à procura das unidades para tirar dúvidas ou buscar alguma forma de atendimento em saúde mental, ou nenhum relato ainda de atendimento por matriciamento, o que demonstra que, mesmo havendo, realmente, ainda, é uma possibilidade ou um desafio a sua implementação e efetivação.

#### 4.4 O ACESSO AO TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO

O acesso, conforme discutido nos itens 2.6 e 2.7, segundo Cohn, precisa, além de permitir a chegada do usuário ao serviço, por meio de condições de transporte, malha viária adequada, em condições de tráfego independente das condições climáticas, ter um acolhimento que leve o usuário a permanecer no serviço e aderir ao tratamento necessário para que a sua situação de saúde seja restabelecida ou controlados os avanços da doença e sua cronificação. Em algumas situações, a estabilidade do quadro, mesmo sendo crônica, como no caso de pessoas com transtornos mentais, a proximidade do serviço com a residência é um fator que contribui para o acesso.

Nesse sentido, na realidade da pesquisa, em relação à localidade onde é oferecido o tratamento em saúde mental, 03 dos sujeitos da pesquisa fazem o tratamento fora do

município onde residem e 10 realizam o tratamento no município de residência, porém precisam se deslocar até a sede da cidade. Em algumas situações, quando o usuário reside distante da localidade onde o serviço é ofertado, o acesso é facilitado com a oferta de transporte pelo município para que o usuário seja atendido no serviço especializado no município de referência desse serviço, contudo, mesmo assim, se torna difícil o acesso, pois limita a procura por livre demanda em momentos de crises. Os usuários precisam sair do território de residência e Atenção Primária em Saúde para ter acesso ao atendimento especializado ou pelo simples fato de não ter esse serviço como referência para atenção nesses momentos.

Em um dos municípios, esse transporte é oferecido, mas abrange as pessoas que residem no meio urbano. No meio rural, essas pessoas dependem de transporte próprio ou linhas de ônibus, que se tornam caras e com horários restritos, dificultando o acesso dessas pessoas ao tratamento especializado, o que poderia ser sanado com as interconsultas realizadas por meio do matriciamento em saúde mental.

Em relação à distância da residência dos sujeitos da pesquisa até o local do serviço que utilizam, 03 percorrem até 10 km para chegar ao serviço; 06 entre 10 e 20 km; e 04 mais de 20 km. No caso, 02 percorrem uma distância aproximada de 80 km, pois recebem o atendimento em outro município, o que representa uma dificuldade, pois, mesmo o município ofertando o transporte, leva minimamente um período de quatro a cinco horas para ir, ter o atendimento e voltar à residência.

Quanto ao como acessam o serviço, 06 dos sujeitos da pesquisa utilizam carro próprio para fazer o trajeto e chegar ao serviço; 06 dos sujeitos da pesquisa vão de van ou transporte que o município oferece, às vezes ônibus, às vezes ambulância, mas tem o transporte de forma gratuita a partir do ponto de saída da unidade de saúde local ou da sede do município. Alguns relataram que vão até a sede, algumas vezes, com o ônibus escolar. Quando não tem ônibus, ou o município busca em casa ou vão de carro até a sede. 01 dos entrevistados respondeu que vai de outras formas, no caso, a pé ou de bicicleta porque a propriedade é próxima do serviço.

Em relação ao custo do deslocamento até o serviço para o usuário e familiares, 02 dos sujeitos da pesquisa gastam entre R\$ 11,00 e R\$ 20,00 reais por vez que vão ao atendimento; 06 gastam mais de R\$ 20,00 para acessar o tratamento e 04 não têm despesas, pois ou vão a pé pela proximidade ou o município oferece transporte. Três não fazem mais tratamento, mas, na época, gastavam uma média de R\$ 20,00 para acessar o serviço. Considerando que uma das famílias não possui renda; dos sujeitos da pesquisa, 31% recebem benefício, destes 50% recebem o BPC, o que implica uma média per capita de, no máximo,  $\frac{1}{4}$  de salário mínimo

para ter o direito ao benefício, à aposentaria ou ao auxílio-doença, o valor gasto com transporte se torna uma despesa elevada para essas famílias. Mesmo para aqueles que têm uma renda diferenciada e superior, se houver uma comparação com os gastos da população do meio urbano, observar-se-á que a despesa é muito superior.

Destaca-se, ainda, que, do universo de 14 sujeitos, sobre se recebem auxílio-doença ou outro benefício devido à sua doença, 5 pessoas responderam que recebem auxílio e 09 não recebem nenhum benefício.

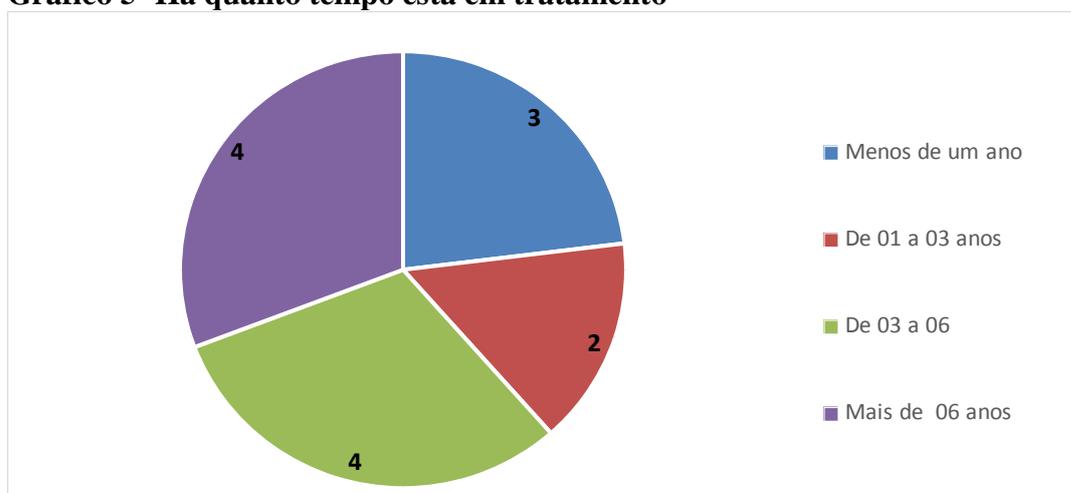
Em relação ao tipo de benefício, 03 dos sujeitos da pesquisa recebem o Benefício de Prestação Continuada – BPC; 01 recebe aposentadoria; e 02 recebem auxílio-doença. Há vários sujeitos da pesquisa que não têm renda mensal para contribuir com despesas diversas ou manutenção de suas despesas pessoais.

Sobre tratamento em saúde mental, 13 afirmaram que estão em tratamento e 3 relataram não estar se tratando.

Dos que estão sem tratamento, o **PI** respondeu que faz “*somente consulta particular*” e se trata no município vizinho ao município de residência. O **PF** se trata via CISCOPAR, e os **PI**, **PE** fazem consulta particular, ficando, dessa forma, apenas com atendimento ambulatorial, perfazendo um total de 05 do universo de sujeito da pesquisa; 05 fazem o tratamento em CAPS I e 03 em CAPS II.

Em relação ao tempo que os sujeitos da pesquisa estão em tratamento, 03 estão em tratamento há menos de 01 ano; 02 entre 01 e 03 anos; 04 entre 03 e 06 anos e 04 há mais de 06 anos, como se observa no gráfico a seguir.

**Gráfico 5- Há quanto tempo está em tratamento**



**Fonte:** Dados coletados na pesquisa 2019.

Dentre as pessoas que fazem tratamento há mais de seis anos, uma respondeu que já faz tratamento há 40 anos para depressão e outro respondeu que já faz tratamento há 20 anos. São quadros com tratamento de longo prazo, estabilizados, mas demandam cuidados especializados e medicamentos constantes. Já estão doentes há muito tempo, mas conseguem manter parte das atividades e se mantiveram no meio familiar e social com vínculos positivos.

Em relação ao número de atendimentos que cada sujeito tem por mês no serviço, as respostas se apresentam conforme quadro abaixo:

### Quadro 13 - Número de atendimentos do sujeito da pesquisa por mês

<b>Atendimentos nos serviços de saúde mental</b>	
1 atendimento mês	03
2 atendimentos mês	04
4 ou mais atendimentos mês	03
Atendimento bimestral	05
Atendimento semanal	01

**Fonte:** Dados coletados na pesquisa 2019.

O número de atendimentos varia entre os sujeitos da pesquisa por conta da classificação em regime intensivo, não intensivo e semi-intensivo. Diante disso, alguns usuários fazem apenas atendimento com psiquiatra; outros com psiquiatra e psicólogo; outros, além desses, participam de oficinas terapêuticas. Quando a consulta com psiquiatra é agendada bimestralmente ou até quadrimestralmente, isso se dá pelo fato de o quadro psíquico estar estável e as consultas podem ser espaçadas, pois o medicamento está fazendo o efeito desejado e não há questões externas, familiares, sociais que interfiram nessa estabilidade.

### Quadro 14 - Consulta Psiquiátrica

Mensal	03
Bimestral	06
Quadrimestral	02
Outra periodicidade	02
Não está em tratamento	05
<b>Onde consulta</b>	
No município onde reside	10
Em outro município	03
<b>Consultas são realizadas</b>	

Via Sistema Único de Saúde - SUS	14
Convênio de Saúde	1
Particular	1

**Fonte:** Dados coletados na pesquisa 2019.

Dos que realizam consultas, 10 o fazem no município onde residem e 3 em outro município. Dos sujeitos da pesquisa que não fazem o atendimento psiquiátrico no município onde residem, **PI** prefere consultar no município vizinho, pois o médico que o atende somente faz atendimentos particulares e naquele município, contudo, destacou que não acha difícil o deslocamento uma vez que vai de carro próprio, além do fato de que se “[...] acertou bem com a medicação receitada”. **PF** disse que se desloca a outro município para atendimento porque foi encaminhada para atendimento com psiquiatra, porém não há atendimento dessa especialidade no município. Como o município é vinculado ao consórcio, os atendimentos são realizados no CISCOPAR, localizado em Toledo.

Na amostra dos sujeitos da pesquisa, dos que não estão realizando tratamento em saúde mental, 2 pararam por decisão própria e 03 por outra razão. Os sujeitos da pesquisa justificaram não estarem realizando tratamento em saúde mental pela seguinte razão: **PO**. “[...] não foi chamado para atendimento com psiquiatra” e, quando acabou a medicação que havia sido receitada, ficou sem. **PP** justificou que apenas fez triagem, mas não retornou mais ao CAPS, pois considerou não ser necessário dar continuidade ao tratamento/acompanhamento. Dos que pararam o tratamento, o fizeram entre um e três anos. O abandono do tratamento pode ocasionar um agravamento no quadro da doença e maior demora da estabilização do quadro ao retomar o tratamento.

Os que fazem o tratamento no CISCOPAR vão de van ou ônibus do município para as consultas e/ou atendimento. Aqueles que consultam no município onde residem relataram ser mais fácil consultar no município.

Quanto às despesas de deslocamento para realizar o atendimento, estas variam de 10 a 40 reais cada vez aos que se utilizam de carro ou ônibus de linha, destacando que apenas um vai ao serviço a pé, pois frequenta o CAPS e reside próximo, então não tem despesas para se deslocar, exceto quando vai à consulta, que fica do outro lado da cidade. Aqueles que vêm para o CISCOPAR não têm despesas com deslocamento, pois o município traz.

Quanto ao diagnóstico atribuído aos sujeitos da pesquisa, pode-se ver no quadro abaixo esses diagnósticos.

**Quadro 15 - Diagnóstico atribuído aos sujeitos da pesquisa**

Depressão	05
Uso de substância	01
Depressão e diagnóstico transtorno bipolar	01
Transtorno bipolar e síndrome do pânico	03
Depressão síndrome do pânico e ansiedade	01
Esquizofrenia	01
Esquizofrenia paranoide	01
Autismo	01
Não tem diagnóstico fechado	01
Não respondeu	01

**Fonte:** Dados coletados na pesquisa 2019.

São diagnósticos bem diferentes entre si, exceto no diagnóstico de depressão, que tem cinco indicações; com transtorno afetivo bipolar, são três. Esses são os diagnósticos mais comuns entre a população em tratamento, contudo, independente de ter ou não o diagnóstico fechado, iniciam o tratamento para estabilização do quadro. É realizada a avaliação da evolução do paciente, realizando-se atendimentos em equipe multidisciplinar. Essa esfera do cuidado centra-se na figura dos trabalhadores, que agem com seus instrumentos de trabalho, suas pedagogias e seus conhecimentos técnico-científicos e, principalmente na relação com a pessoa com transtorno mental, que só existe no e pelo ato de assistência à saúde, pelo acolhimento, escuta atenta e cuidado no sentido de produzir vida, construindo-se o vínculo entre equipe e usuário (MERHY, 2013). No cuidado em saúde mental, se faz primordial o vínculo entre equipe e usuário, envolvendo os profissionais da Atenção Primária e do CAPS, para que seja efetivado no território de vida do sujeito. (SOALHEIRO E MARTINS, 2017) Assim a lógica do cuidado, centrada em serviços comunitários, instituída pela Reforma Psiquiátrica, permite a diversificação das formas e instrumentos de cuidado, além da organização dos serviços que permitam um maior e melhor conhecimento dos usuários para o cuidado (SOARES, 2010, p.10). Desse modo, a lógica do cuidado visa a integrar as problemáticas da área da saúde e do sujeito ao cuidado territorializado. (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 36).

Como outro fator de acesso e permanência, destacam-se as atividades ofertadas nos locais de tratamento, ou seja, nos CAPS. Assim, buscou-se saber se no *roll* de atendimento são oferecidas e/ou realizadas atividades esportivas, Arteterapia, relaxamento, Psicologia,

atendimento com Serviço Social, dentre outras atividades, e foram obtidas as seguintes respostas:

- PA**, *foi oferecido, mas não me interessa muito por essas coisas, daí precisa alguém me levar e buscar, porque não podia dirigir daí ficava difícil;*  
**PB**, *sim, mas parei de ir porque não passa ônibus aqui, tem de andar uns seis quilômetros para pegar ônibus, ou ir de carro e meu irmão nem sempre pode levar;*  
**PD**, *não cheguei a participar porque não tinha como eu ir;*  
**PE**, *Psicologia, Arteterapia e atividades esportivas;*  
**PG**, *grupo de terapia participa semanalmente;*  
**PH**, *sim, Psicologia e com assistente social;*  
**PI**, *sim, mas não tinha vontade de ir;*  
**PL**, *sim, Psicologia;*  
**PM**, *sim Arterapia, exercícios laborais, pintura, crochê;*  
**PN**, *difícil de ir só se for de carro, não passa ônibus perto.*

Essas atividades podem fazer com que haja a permanência desses usuários no serviço especializado, pois oportunizam a interação social, o estabelecimento de amizades e também de aprendizados necessários para a reinserção sociofamiliar dessas pessoas, contudo, muitos alegam não ter como ir até o local onde é ofertada a atividade, não têm como chegar no serviços pelas complicações de distância e meios de locomoção, pela dependência de algum familiar levar e buscar, como pode ser visto na fala do PA.

Em relação à composição familiar, 02 residem com esposo e filho; 05 residem com o esposo; 01 reside sozinho; 01 reside com a mãe; 02 com os pais (pai e mãe); 02 com a mãe e irmãos e 03 com pai, mãe e filhos, o que demonstra uma estrutura familiar bastante peculiar dentro dos arranjos familiares. São famílias pequenas em sua maioria. Apenas um mora sozinho, por questões específicas da família, mas tem o acompanhamento da mãe, que mora na mesma propriedade e auxilia nas questões de higiene da residência, vestuário e alimentação.

Muitas vezes, esses arranjos podem ocorrer em função do adoecimento de um membro da família, da dificuldade em aceitar esse adoecimento e a sobrecarga que o adoecimento mental gera aos familiares. Essa situação pode ocasionar, também, o adoecimento do cuidador, que acaba tendo um desgaste muito grande devido à resistência do doente mental em aceitar o cuidado do familiar, e querer assumir sozinho o controle da medicação ou abandonar o tratamento ( ROSA, 2008).

Quanto à necessidade de acompanhamento para ir até os atendimentos, 01 respondeu que não e 12, que sim. A razão para a necessidade do acompanhamento, em sua maioria, se dá

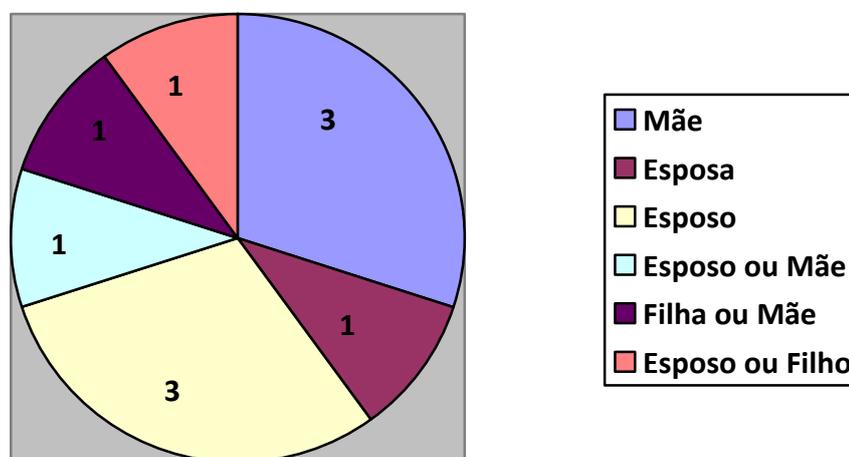
pela questão do transporte, por não poder dirigir no momento em função do tratamento e efeito da medicação, ou por não saber dirigir. Isso gera uma dificuldade também para a família que precisa deixar afazeres para acompanhar o tratamento, causando, muitas vezes, constrangimento ao doente mental por sentir-se um peso ou por atrapalhar os familiares.

A família é parte fundamental do e no tratamento e no cotidiano de cuidado da pessoa com transtorno mental grave cuja autonomia foi afetada. Faz-se necessário um acompanhamento mais direto com relação à higiene pessoal, inclusive, em algumas situações, no banho diário, na escovação de dentes, e principalmente, na administração dos medicamentos, além do acompanhamento em consultas psiquiátricas, outras especialidades ou mesmo na clínica geral (ROSA, 2008). Contudo, é necessário que o cuidador viabilize certa liberdade à pessoa com transtorno mental, mesmo que vigiada, para preservar ao máximo a autonomia dela e a integridade de sua própria saúde mental. Dois precisam de acompanhamento pela faixa etária. E três dos sujeitos não estão em tratamento no momento.

Quanto a quem acompanha o usuário nos atendimentos, de acordo com o gráfico 4, dos sujeitos da pesquisa, 03 são acompanhados pela mãe; 01 pela esposa; 03 pelo esposo; 01 o acompanhamento é realizado ou pelo esposo ou pela mãe, pois residem juntos; 01 é acompanhado por filha ou mãe. Em 01 caso específico, a filha ou a mãe acompanham, pois o esposo tem limitação para andar por causa de um acidente de trabalho que lhe deixou com sérios problemas de coluna, o que dificulta a locomoção; 01 é acompanhado por esposo ou filho. Nesse caso, conforme as atividades realizadas na propriedade no dia do atendimento, decidem quem a acompanha na consulta.

### Gráfico 6 - Quem acompanha nos atendimentos

Quem Acompanha nos Atendimentos



Fonte: Dados Coletados na pesquisa 2019.

Dentre os sujeitos da pesquisa, o **PO** respondeu que “[...] na época que procurou o serviço precisava”, atualmente vai sozinho aos atendimentos. O **PF** respondeu que “[...] esposo foi uma vez, agora vai sozinho”. O **PB**, respondeu que “[...] o irmão leva, pois ele tem carro, mas somente leva e busca, não acompanha os atendimentos”. Nesse caso específico, a família adquiriu uma pequena propriedade no meio rural, e o acesso ao transporte coletivo fica a seis quilômetros da propriedade, o que fez com parasse de ir às oficinas e fosse apenas às consultas atualmente. O acompanhamento familiar é de suma importância para a adesão ao serviço e continuidade ao tratamento.

O cuidado e o vínculo familiar são de extrema importância para as pessoas com transtorno mental, pois essa relação de cuidado e vínculo contribuem para a sua segurança física, emocional e também, em sua grande maioria, econômica, favorecendo a melhora e estabilização do quadro de saúde mental.

A crise do estado de bem-estar social, segundo Miotto (2008, p. 130), “[...] fez com que a família fosse ‘redescoberta’, tanto como instância de proteção como também quanto possibilidade de ‘recuperação e sustentação’ de uma sociabilidade solidária.”

A Constituição de 1988 trouxe a parceria com as famílias como foco das políticas, colocando-as como protagonistas em relação a responsabilidades voltadas aos cuidados e à segurança de seus membros, incluindo a proteção de grupos específicos, como a criança, o adolescente, o idoso e as pessoas portadoras de deficiência. A família se torna, assim, além de protagonista, uma *miniprestadora de serviços* (CARVALHO, 2003 p. 18). É inegável, portanto, que a família é a interface das políticas e imprescindível à proteção social, principalmente, em se tratando de saúde mental.

Logo, a família passa a estar no centro de várias políticas sociais, principalmente, na política de saúde, educação e assistência social, pois passa a ser coparticipante em todos os processos e trabalhos como garantia de promoção social, educacional e da saúde, enfim do bem-estar das famílias. Sem essa participação, os objetivos das políticas sociais não seriam atingidos em sua totalidade.

Para Teixeira (2015, p. 234), ainda, é necessário centrar-se o foco das ações das políticas de assistência, saúde e educação nas “[...] necessidades das famílias e a garantia dos direitos de cidadania”, alcançando-se, assim, a “[...] perspectiva intersetorial, integrada e articulada [...]” para que essas políticas “[...] promovam a cidadania, autonomia e protagonismo [...]”.

As políticas sociais “Formalmente tomam a família como sujeito coletivo e protagonista de direitos, com demandas e expectativas de que o trabalho socioeducativo ou

educação em saúde promova cidadania, autonomia e protagonismo [...]”. Dessa forma, as famílias passam a ter expectativas novas no sentido de terem seus direitos garantidos (TEIXEIRA, 2015 p. 230).

Quanto à dificuldade para acessar o serviço e aos atendimentos em saúde mental de que necessitam, os sujeitos da pesquisa responderam o seguinte:

Três sujeitos responderam apenas “não”; os demais deram respostas mais completas, as quais foram transcritas e serão apresentadas a seguir.

O **PO** respondeu que “[...] o primeiro atendimento foi rápido, mas não deram retorno da continuidade”, portanto, parou de usar a medicação e não procurou mais o serviço. O **PA** respondeu que “[...] foi normal, não lembro direito, mas não tive dificuldade. A primeira consulta foi particular, o restante pelo SUS.” A resposta desse entrevistado demonstrou a agilidade do atendimento, acessado inicialmente de forma particular, mas foi encaminhado ao Sistema Único de Saúde e permanece no sistema com o atendimento. O **PM** respondeu que “*Estava complicado, tinha de ir no 24 horas, daí encaminharam para o CAPS e levou umas três semanas para ser atendida, agora o difícil de ir é porque é longe e daí fica o dia inteiro fora e precisa ficar no local de trabalho do esposo para voltar junto.*” O atendimento no CAPS com espera de três semanas pode ser considerado rápido, visto que é apenas um serviço para a demanda de todo o município. O **PE** em relação à dificuldade de acessar o serviço, respondeu que “[...] não tive, foi bem tranquilo principalmente que era começo das atividades do CAPS.” O **PD** respondeu que “[...] não, já encaminharam direto para o CAPS porque teve tentativa de suicídio.” Cabe destacar que as tentativas de suicídio estão aumentando significativamente em todas as faixas etárias. O **PC** respondeu que não teve dificuldade em conseguir acesso “[...] depois que vim de Rolândia do internamento, mas agora é difícil porque tem ônibus só bem cedo e o ônibus escolar não leva [...]”, destacando que a dificuldade é chegar até o atendimento visto que, na localidade onde reside, os horários de ônibus dificultam a ida para o atendimento. O **PN** relatou que não teve dificuldade de acessar o serviço e respondeu “[...] não, a dificuldade é a distância, não tem ônibus e não dá para ficar muito tempo fora de casa.” Esse sujeito também relatou em resposta a outra questão “que fica meio cativo” em função da propriedade, pois demanda muito tempo e cuidado, tem horários para alimentação dos animais, não podendo se ausentar por períodos muitos longos.

O **PB** respondeu “[...] no ambulatório tive, mas no CAPS foi bem rápido, a dificuldade é ir mesmo porque não tem ônibus aqui e meu irmão não consegue me levar toda

*semana para as oficinas.*” Esta vai para as oficinas somente quando coincidem com os dias da consulta.

O **PA** respondeu “[...] *foi rápido o atendimento, o difícil era ir até lá, fica longe, e eu não podia dirigir, precisava alguém levar.*”

O **PL** respondeu “[...] *não tive dificuldade, só a distância, daí só de ambulância do município para ir.*”

A principal dificuldade apresentada foi a distância a ser percorrida para chegar ao serviço, relacionando-se diretamente a este elemento o tempo levado para ir e vir até o local de atendimento em Saúde Mental. Para atendimento na Atenção Primária, apesar de ser necessário em alguns casos o agendamento, ainda se torna mais acessível, uma vez que é ofertado no território de residência.

As demais questões se reportam ao acesso dos usuários aos serviços de saúde. A primeira questão versa sobre a posse de automóvel ou outro tipo de transporte para ir à sede do município, passeios, enfim para as atividades que necessitam fazer fora da propriedade. Da amostra, 11 responderam que possuem meio de transporte particular, contudo, desses 11, um disse que há dois anos o carro está com problemas e ele não consegue consertá-lo, pois depende apenas do benefício da esposa e de trabalhos que realiza por dia, como carpir, plantar pequenas áreas para terceiros; 09 possuem apenas carro para sua locomoção; 02 possuem carro e moto e 03 não têm carro para realizarem os percursos que necessitam fora da propriedade ou localidade onde residem. Isso dificulta o seu acesso aos serviços, pois, nessas localidades, o ônibus passa apenas duas vezes ao dia e o valor para ir e vir se torna oneroso para as condições econômicas da família, como se evidencia na questão a seguir.

Sobre o acesso aos serviços, alguns sujeitos relatam que, quando não dá para ir de carro, precisam utilizar ônibus para chegarem até a sede do município. Alguns vão para outro município. Nesse caso, vão com a van que o município oferta, sem custo para os usuários do serviço. Alguns se utilizam do ônibus do transporte escolar, mas, para tal, precisam de autorização da prefeitura. Um caso específico relata que vai “Até a vila a pé, e restante de ônibus.” E um respondeu que, quando não tem carro, não vai porque não tem linha de ônibus ou outro transporte coletivo para chegar até o serviço, restando a possibilidade de carona.

Em resposta à questão de como é o acesso ao meio de transporte, considerando distância de casa, horários, valores, etc., os sujeitos da pesquisa que não têm carro disseram que a distância para acesso ao ônibus varia de 03 ou 04 quarteirões a um quilômetro de distância. O valor da passagem, apenas de ida, varia de R\$ 8,50 a R\$ 16,00 reais, dependendo da empresa e da linha. Considerando-se que é necessário, para a grande maioria,

acompanhamento, esse valor se quadriplica, pois se contabiliza ida e volta, e mais o acompanhante. Um sujeito destacou que “[...] *um quilômetro de casa, vai de manhã e volta à noite*”; outro respondeu à questão dizendo que a distância é “*Uns seis quilômetros até o ponto*”. *O gasto desse sujeito com o transporte é de “[...] uns 10 reais [...].*” Quanto aos horários, respondeu que “*passa toda hora*”. Contudo, para os demais sujeitos, na impossibilidade de ir de carro, precisam ir de ônibus, sendo que a distância até o ponto de ônibus varia de 500 metros de distância a cinco quilômetros, pois é necessário se descolar até a “vila” para pegar o ônibus. À exceção do entrevistado **B**, segundo o qual tem ônibus toda hora e, nesse caso, acessa a malha de transporte urbano, mas precisa andar seis quilômetros para esse acesso.

Os demais afirmaram que há apenas dois horários por dia em que o ônibus vai para a sede do município, normalmente entre às 07h30min e 8 horas, retornando pouco antes do meio-dia; sai logo após o almoço e retorna às comunidades no final de tarde, tornando-se muito demorado para o ir e vir aos atendimentos, que, normalmente, são rápidos, à exceção das oficinas que duram em torno de duas horas, algumas um pouco mais ou um pouco menos. Quanto ao gasto, os que se utilizam de carro para o deslocamento gastam entre 20 e 30 reais ida e volta, e os que se utilizam do transporte coletivo gastam de 18 a 40 reais por dia de atendimento. Dois sujeitos colocaram que não há linha de transporte coletivo em sua localidade.

Sobre o conhecimento acerca dos serviços ofertados na Atenção Básica e da sua qualidade, as respostas foram as seguintes: 01 usuário respondeu que só usa o serviço público para tomar vacina, pois tem Unimed e utiliza o convênio para consultas em geral e, para a psiquiátrica, estava pagando a consulta visto a profissional não ser credenciada ao convênio. Destaca que foi bem atendido e considera boa a qualidade do serviço ofertado. Ressalta que, como as consultas precisam ser agendadas, é mais difícil de ter acesso pelo convênio. Dez colocam que o serviço tem boa qualidade e os serviços utilizados são consultas, exames ou encaminhamentos para exames e especialidades, serviço de combate à dengue, clínica geral. Um destacou que considera a qualidade do serviço boa, mas não destacou os serviços que utiliza e dois sujeitos relataram que conhecem os serviços e consideram-nos muito bons, pois são bem atendidos e um sujeito relatou que acha a qualidade do serviço utilizado como razoável, contudo, não descreveu os serviços utilizados ou conhecidos.

Em relação ao fato de conhecer os serviços de Saúde Mental que têm no município, 05 responderam apenas que sim, conhecem os serviços; 01 relatou o seguinte: “*olha eu conheço o CAPS, mas já faz anos*”, pois não está mais indo com seu familiar que está em

tratamento em outro local; 01 respondeu *“eu acompanhei algumas vezes, tem psiquiatra, psicólogo, oficinas.”*; 01 respondeu *“já fui com a [...]”<sup>37</sup> não entendo muito, mas conheço;* 01 afirmou *“comecei a saber agora, é oferecido no CISCOPAR”*, pois o familiar iniciou o tratamento em saúde mental recentemente; 02 relataram que conhecem o CAPS; 01 disse que conhece, mas não tem onde reside; 02 relataram apenas que não conhecem e 01 respondeu *“Não conheço, fui poucas vezes levar ela, mas não entrava.”*

Sobre o que acham do atendimento em Saúde Mental ofertado ao seu familiar em tratamento, 07 responderam que acham o atendimento bom; 03, muito bom; 01 acredita que deveria ser diferente, mas não expressou alternativas; 02 consideram o atendimento fraco e 01 acha péssimo.

Chamou a atenção a resposta de um sujeito, que relatou *“[...] eu acho que deveria ser estudado um negócio mais diferente [...]”*, sendo possível entender que se fazem necessárias mudanças na forma de atender. Um dos sujeitos da pesquisa se referiu ao fato de haver bons psicólogos no serviço utilizado; outro afirmou *“[...] achei fraco para o município porque tudo precisa ir para Toledo.”* Esse aspecto reforça a importância do matriciamento como uma forma de atender no território, com a qualidade necessária, realizando o PTS.

Em relação à forma como acessam o atendimento em Saúde Mental, obteve-se os seguintes dados: 09 usam carro próprio; 06 usam van ou ônibus ofertado pelo município; 02 fazem o percurso parte de carro próprio e parte com transporte do município.

Juntamente com essa resposta, veio a forma como acessam o serviço. Do total dos sujeitos, um colocou que o primeiro atendimento foi *“encaminhado pela UBS”*; outro disse que *“sempre que é encaminhado, no caso é o médico que encaminhou [...]”*; outro destacou que o primeiro atendimento *“[...] foi difícil, demorou de dezembro até maio para conseguir. Tive de ir na prefeitura e a diretora da escola foi também. [...]”*; outro relatou que o acesso ao atendimento *“[...] era pela UBS, agora no CAPS.”* Um frisou que vão de carro próprio até o serviço, mas o atendimento é via SUS. Um respondeu que *“vai a pé”*, pois reside muito próximo, cerca de 700 metros do local onde recebe os atendimentos em Saúde Mental, as oficinas terapêuticas e atendimentos individuais. A consulta é um pouco mais longe, mas dentro da cidade, mesmo assim ele optou em continuar com o médico que fez o primeiro atendimento, pois se adaptou ao tratamento

Um dos sujeitos desta questão colocou como resposta *“[...]era bom, mas precisava ser mais aprofundado, conversar melhor”*. Nesse caso, a pessoa não está em tratamento no

---

37 Suprimido o nome para não haver a identificação do sujeito.

serviço público no momento, mas considera bom o atendimento embora considere necessário haver mais conversa ou interação entre a pessoa com transtorno e os profissionais do serviço. Sabe-se que o acolhimento e a escuta dos anseios, angústias são de suma importância para a pessoa em sofrimento mental, que os atendimentos são terapêuticos e o fato de falar da dor e do sofrimento causam alívio nas dores subjetivas dessas pessoas, contribuindo para a melhora do quadro, adesão ao tratamento, dentre outros fatores. (BRASIL, 2011, p. 50)

Perguntado se consideram que o tratamento recebido ou realizado contribui para a melhora na estabilidade do quadro da doença, 13 responderam que sim. Em percentual, representam 93% dos sujeitos que atribuíram melhoras no quadro do familiar em tratamento. Apenas 01 disse não ter percebido melhoras no quadro do familiar em tratamento, o que perfaz um percentual de 7% do total sujeito.

Quanto ao motivo da melhora ou não no quadro do familiar em tratamento, optou-se por preservar e apresentar todas as repostas em razão da riqueza que apresentaram, como se pode ver abaixo:

- FA**, *porque deu para perceber melhoras;*
- FB**, *porque, se não tivesse o tratamento, a gente não sabe como seria;*
- FC**, *porque no acompanhamento faz ajustes da medicação para melhorar;*
- FD**, *foi buscado atendimento particular;*
- FE**, *porque ele é outra pessoa;*
- FF**, *porque sim, agora está boa, ficou tão ruim que dava dó, em vista do que ficou agora está boa;*
- FG**, *com o tratamento está bem melhor, mas não é mais como era antes, às vezes ajuda, às vezes não, [...];*
- FH**, *ele estava perto da loucura, hoje é uma pessoa quase normal;*
- FI**, *porque mantém ele mais calmo, dá menos crise nele;*
- FJ**, *está mais calma;*
- FK**, *porque tem o espaço deles, tem acompanhamento, orientação para a família também;*
- FL**, *porque eles são treinados para isso;*
- FM**, *a gente percebe melhoras nas pessoas que se tratam;*
- FN**, *[...] ele voltou a dormir.*

Quanto à forma de envolvimento dos sujeitos da pesquisa e familiares nos serviços de saúde ofertados na sua localidade ou no município de modo geral, 08 responderam se envolver e 07 responderam ter envolvimento com o serviço. Assim, pode-se considerar que a família acompanha o cuidado em saúde do membro doente, mas de formas diferenciadas, muitas vezes, de acordo com a autonomia do sujeito, outras conforme a disponibilidade do membro familiar em acompanhar o usuário do serviço.

A grande maioria participa como usuário de serviços, especialmente, em reuniões, palestras nas UBS. Uma relatou que “[...] quando tem alguma coisa interessante, a gente vai,

*mas é muito difícil, conferência nunca fomos*". Somente dois dos sujeitos da pesquisa disseram já ter participado de conferência. Uma relatou “[...] participei uma vez aqui. Fora isso só como usuária do serviço” e outra respondeu que “[...] quando avisaram, participei da conferência e das reuniões. Senão como usuário.” Fica evidente uma participação ainda embrionária nas políticas públicas, o que pode ser considerado um reflexo da história de repressão vivida no país no período militar e a representação que se tem desse tempo e do poder que se tem como cidadãos na decisão, implementação e execução das políticas sociais, dos direitos humanos ao acesso, permanência e atendimento de qualidade nos serviços prestados pelo Estado mesmo que em parceria com a família e a comunidade.

#### 4.5 A REPRESENTAÇÃO DOS USUÁRIOS E FAMILIARES SOBRE O ADOECIMENTO MENTAL

Todo ser humano tem um modo de ser, de pensar, agir, falar, ver a si, aos outros, o próprio mundo e as coisas nele existentes. Essa forma de ver a si, as coisas e o mundo a sua maneira, a partir de sua consciência e experiências, nada mais é do que uma forma de o homem representar o real em nível da consciência, do imaginário e do simbólico, para torná-lo um fato vivido, pensado, refletido, analisado e representá-lo no nível do concreto, dando-lhe um novo significado sob o seu modo (do sujeito, indivíduo) de perceber e entender o real, o vivido e o experienciado.

Essa forma de devolver os fatos pensados, dando-lhes um novo significado em nível do concreto a partir do que se vive, experiência e da forma como se os percebe, é denominada de representação.

Marx trabalha a representação ligada à consciência e à produção material de cada um, entrelaçada à “linguagem da vida real”. Assim, “[...] os homens são produtores de suas representações, de suas idéias, etc.” (MARX; ENGELS, 1984, p. 36), estando, portanto, segundo o autor, “[...] vinculadas à prática social”. A partir do que se percebe no cotidiano, na vivência diária tanto objetiva como subjetiva, no inter-relacionamento com o meio social (grupo ou comunidade) e com os outros seres humanos que cercam uma pessoa, que se forma um "nós", permitindo que cada sujeito-indivíduo se confronte com o diferente, criando um "eu", que, conseqüentemente, se constitui em representações individuais.” (MINAYO, 1993, p. 171).

Dessa forma, cada homem é resultado de suas ações e vivências objetivas e culturais. É uma unidade que se forma do todo, mas que tem suas próprias representações, formadas, por sua vez, através de suas experiências pessoais, às quais cada indivíduo dá um significado determinado a partir da verificação do fato, do mundo e também da recriação de si mesmo. (JOVCHELOVITCH, 1994).

De acordo com Jovchelovitch (1994, p. 71), as representações sociais são criadas e sustentadas "[...] através da ação de sujeitos sociais agindo no espaço que é comum a todos [...]". Os processos que envolvem as representações sociais estão imbricados na comunicação e nas práticas sociais, pois estas não são apenas um trabalho individual, mas sim fenômenos produzidos pelas construções das particularidades da realidade social, na família, na comunidade e no território de vida, ou seja, estão vinculados ao território de vida e ao desenvolvimento desse ambiente e das pessoas que ali residem. A importância da representação dos sujeitos para essa pesquisa e a temática do DRS se dá pela relevância das relações estabelecidas nos territórios, tanto geográficas como de residência e, principalmente, na propriedade rural, na sua forma de produção e desenvolvimento no sentido de ter-se a sustentabilidade ambiental e humana.

Buscou-se saber o significado de ter transtorno mental para essas pessoas com o intuito de saber como isso interfere na sua rotina de vida e trabalho na propriedade, em casa de modo geral e nas relações interfamiliares. O **PO** descreveu como “[...] *um negócio ruim*”. Os **PI**, **PG** colocaram como “difícil”. O **PT** respondeu que é “[...] *ser estressada, não levar desaforo para casa, agora que estou entendendo que tenho de fazer tratamento, aceito numa boa que estou doente.*” O **PM** coloca que ter transtorno mental “[...] *é uma coisa meio ruim.*” O **PE** afirmou que é “[...] *ter um pouco de limitações, mas quase normal.*” Portanto, alguns indicam a necessidade de acompanhamento em alguns momentos; outros afirmam que têm autonomia para a realização de atividades e tomada de decisões, mas dificuldades no controle de emoções.

O **PD** respondeu que é “[...] *quando você tem uma doença relacionada à ansiedade, depressão mesmo. Foi muito difícil. Tanto para mim como quem fica ao redor, a família.*” muitas vezes levando ao adoecimento de outros membros da família. Quando são os filhos que adoecem, normalmente é a mãe que assume o posto de cuidadora, e em tempo integral. Isso gera impactos na questão socioeconômica da mãe, além de causar-lhe, muitas vezes, o adoecimento mental, como também o da família de modo geral, conforme a evolução do transtorno mental e do grau de comprometimento nas ações de autocuidado e autonomia da pessoa com transtorno mental ao longo do processo da doença ( ROSA, 2008).

A resposta da **PC** chamou atenção, pois afirmou que ter transtorno mental é “[...] *uma vergonha, porque acham que não tem nada, todos chamam de débil mental, louca, ninguém dá ouvido.*” Isso leva o sujeito da pesquisa a se sentir diminuída, excluída e tolhida da sua capacidade de se expressar, falar dos sentimentos e sintomas, percebe-se desacreditada e, de certo modo, discriminada pelos familiares. Esse quadro aumenta a dor psicoemocional do sujeito da pesquisa, interferindo na melhora do quadro. Esse sujeito da pesquisa, em

específico, relata a dificuldade de ir até o CAPS para atendimento psicológico, pois só consegue ir se o esposo a leva haja vista os horários de ônibus na comunidade não favorecerem a ida. O ônibus sai da comunidade às 07h 30m e retorna meio-dia, além de ter de pegar o transporte coletivo para ir da rodoviária até o serviço e depois até a rodoviária para o retorno à residência. Então acaba por fazer o tratamento medicamentoso apenas.

O sujeito da pesquisa **N** respondeu “[...] *sei lá como vou explicar. Sempre a sensação de estar aérea. Uma coisa bem complicada porque envolve a família toda, eu me isolei do mundo.*” O afastamento é uma das características da doença.

O **PN** disse que não sabe expressar, e **PA** respondeu “[...] *é triste porque na época, quando estava internada, os filhos longe em casa. É triste para quem tem isso.*” E o **PL** respondeu que ter transtorno mental “[...] *é um problema que a gente tem, dificulta bastante a vida, dificulta em dormir, só dorme se tiver remédio.*” A falta de sono gera um quadro de irritabilidade, dificultando, muitas vezes, ainda mais as relações familiares e comunitárias. No caso da família, os demais membros tendem a não conseguirem dormir por barulhos ou preocupação com o familiar doente, diminuindo a capacidade de tolerância no trato diário com o doente mental. Isso se reflete na comunidade também, podendo ser menos complicado, contudo, no meio rural, segundo Rosa (2008), quando ocorre crise e a pessoa com transtorno sai de casa e vai para a casa de vizinhos, no rural, em sua maioria, os vizinhos relevam com maior facilidade as atitudes dessa pessoa, pois sabem que é doente, por isso, a cuidam para que não se coloque em riscos maiores por consideração à família do doente.

A rede constituída no meio rural se torna uma rede de malha estreita pelo conhecimento de todos. Assim se torna “[...] possível desenvolver um suporte comunitário favorável e rico para uma pessoa que necessita de relações mais personalizadas, [...], no território de residência (ROSA, 2008). Portanto, o DRS pode contribuir, pois facilita as condições de toda a comunidade e também da constituição da rede intersetorial, além do acesso do usuário ao serviço com a chegada dos serviços de saúde ao meio rural, permitindo-se cumprir os ODS e o acesso do usuário ao tratamento e cuidado em saúde mental .

Em relação à compreensão do que é transtorno mental, esses responderam da seguinte forma:

**PA**, *é estar ruim mental e fisicamente. A pessoa não se sente bem, dá um mal-estar!*

**PB** *dor de cabeça, embaralha a cabeça, às vezes fica nervoso demais, às vezes de menos. Sempre aquela coisa, sempre balança, sobe e desce;*

**PC**, *talvez uma coisa que está dentro da gente. Pode ser que às vezes não pega e às vezes pega, eu peguei;*

**PD**, sei lá;  
**PE**, não sei. É ruim;  
**PF**, não sei. Doença da cabeça, no cérebro, nos miolos;  
**PG**, é uma doença;  
**PH**, como vou explicar, é uma coisa que quando dá, você tem de procurar ajuda porque sozinha não passa. Tipo isso;  
**PI**, é quando você tem (como vou ponhar) as pessoas falavam que não é de Deus, que isso é coisa do demônio, as pessoas não acreditavam em mim só depois que fui internada que acreditaram;  
**PJ**, não faço ideia, parece que sempre pensa diferente de todo mundo, parece que sempre você está errada e os outros certos;  
**PK**, sei lá, se é excesso de preocupação;  
**PL**, é uma doença que dá na pessoa sem aviso prévio. Chato ruim, tem dias que tá bem, tem dias que não quer fazer nada;  
**PM**, bagunça as ideias;  
**PN**, é um problema.

A representação que cada sujeito tem em relação a si, ao outro, ou mesmo a sua doença, ao equipamento onde é atendido é importante para a adesão e ao sucesso do tratamento. E, principalmente, a concepção da família, pois a compreensão da doença mental e suas implicações no comportamento e ações do doente mental fazem com que se evitem conflitos familiares que podem trazer prejuízos à família em termos de vínculos e laços de confiança. Nesse sentido, se faz importante o trabalho das equipes de Saúde Mental e Atenção Primária na desmistificação da doença mental. Na lógica do cuidado comunitário extra-hospital, se faz primordial o vínculo entre equipe/profissional, usuário e família, por meio de um projeto singular de atenção à saúde mental e do matriciamento. Realmente “[...] pensar o cuidado no território de vida [...]”, onde estabelecem suas relações, vínculos, sua subjetividade, levando-se em conta e respeitando as formas de viver e ser de cada um em seu território (SOALHEIRO; MARTINS, 2017, p. 48), bem como as representações existentes e as reconstruindo a partir de elementos que possam ressignificar o cuidado e a doença mental em relação ao ente familiar.

Em relação à compreensão sobre o que é transtorno mental, os familiares sujeitos se posicionaram da seguinte forma:

**FA**, é um negócio que muda as ideias, vendo coisa que não tem;  
**FB**, para mim, que não tenho nada, não significa nada, mas para ela que tem não é bom não, não é fácil viver com essas coisas;  
**FC**, sei lá, é bastante mudança de humor, também não sei muito, é difícil de entender;  
**FD**, algum distúrbio mental;  
**FE**, não sabem se controlar, xingam, não obedecem;  
**FF**, não sei o que é;  
**FG**, o que vou te dizer! Acho que é uma coisa que a gente põe na cabeça;

**FH**, não faço nem ideia, os caras meios doido da vida;  
**FL**, eu acho que é quando a pessoa começa a achar que nada está bom, nada está certo, o que os outros fazem está tudo errado;  
**FJ**, é uma loucura, interfere em todos os aspectos da vida;  
**FK**, acho que é quando a pessoa está assim precisando de ajuda, conversar;  
**FL**, eu acho que uma dificuldade é o ambiente, a adaptação de lugar, escola, problema familiar;  
**FM**, não sei como vou explicar, é depressão;  
**FN**, dificuldade para se relacionar com as pessoas e na sociedade;  
**FO**, é uma coisa ruim, porque a pessoa fica triste, chora, a pessoa não tem vontade de fazer nada.

Alguns entrevistados tiveram certa dificuldade em explicar o que é transtorno mental. Alguns descrevem os sintomas da doença que o familiar apresenta. No caso do sujeito da pesquisa **FN**, coloca como dificuldade de se relacionar; o **FE** coloca a falta de controle, o não obedecer, não aceitar regras e/ou sugestões como transtorno mental. O **FJ** coloca transtorno mental como “[...] *uma loucura, interfere em todos os aspectos da vida*[...]”. Os familiares não possuem definições elaboradas ou uma representação totalmente constituída em relação à doença, mas compreendem as dificuldades e conseguem, como no caso do **FL**, definir como “[...] *eu acho que uma dificuldade é o ambiente, a adaptação de lugar, escola, problema familiar*[...]”, pontuando a dificuldade de adaptar-se a locais e citando o ambiente como parte do transtorno. Como se observou na discussão no capítulo 1, o ambiente interfere na saúde mental ao mesmo tempo em que o transtorno mental influencia no ambiente da casa e da família. Há uma interligação do ambiente no quadro do transtorno mental e deste com o ambiente, principalmente, problemas familiares que, na verdade, podem ser encarados como um ambiente não favorável ao desenvolvimento psicoemocional da criança, o qual interfere na saúde mental e contribui para o desenvolvimento de quadros de transtornos mentais que podem variar de uma pessoas para a outra e em sua intensidade. Gondin e Soalheiro (2017, p. 59) destacam ser fundamental a apropriação do conceito de território na Saúde Mental e na Atenção Básica para que se compreenda esses espaços e se potencializem “[...] ações inclusivas e compartilhadas, do uso de dispositivos de significação e identidade, da construção de projetos terapêuticos territorializados que ampliem a integralidade do cuidado, a autonomia e liberdade dos sujeitos envolvidos na produção de saúde.”

Quanto ao que significa ter uma pessoa da família com transtorno mental, as respostas demonstram que não é fácil, como o **FA** coloca em suas respostas: “[...] *tem horas que dá vontade de chutar o balde, parece que nada dá certo.*” Isso se apresenta no cotidiano, pois, normalmente, os quadros ficam estáveis por algum período e, às vezes, há alterações nesse

quadro, dando a impressão de que o tratamento não está tendo resultados efetivos. Isso fica claro tanto na fala de pacientes quanto de familiares, que apontam, em um grande número, as recaídas da doença. Aqui está o relato de uma fala do cotidiano e não do núcleo da pesquisa, mas que, se considera ser importante: *“agora que achamos que estava ficando tudo bem, acontece isso e voltamos à estaca zero.”*

A impressão de que, como o **FA** colocou, *“nada certo”*, está ligada às modificações nas medicações, nas dosagens dos medicamentos, mas, mesmo assim, as recaídas ocorrem. Em alguns casos, de maneira mais grave, chegando a ser necessário internações em hospital psiquiátrico para estabilizar novamente; em outros, se faz o manejo e se consegue estabilizar, contudo, no período de recaída, a família se sobrecarrega, pois algumas manias ou a ausência de vontade e autonomia acabam por exigir em demasia o acompanhamento dos familiares. Em algumas situações, os familiares acabam por adoecer também, como é possível ver na fala do **FC**: *“[...] é difícil de entender, eu também estou com muita ansiedade.”* Destaca-se que, se não houver um suporte aos familiares, esses acabam adoecendo, por isso, a importância da realização de atendimentos grupais ou individuais aos familiares de pessoas com transtorno mental. A sobrecarga que eles enfrentam cotidianamente leva a desgastes emocionais, muitas vezes, se restringem de atividades sociais, recreativas, lazer, esportes em função da não tolerância do ente doente a essas atividades ou mesmo a dificuldade de relacionamento deste com a família e comunidade, como afirma o **FD**: *“[...] é uma pessoa que precisa de cuidados diferenciados.”* O **FF** disse *“ainda não sei”*. No caso, não sabe o significado de ter um ente familiar com transtorno mental até pelo fato do adoecimento do familiar ser recente, então ainda está no processo de assimilação e avaliação da situação. Outros sujeitos da pesquisa relatam ser um fato triste, difícil, como pode ser visto nas falas abaixo:

**FB**, *é triste, porque ela vive triste, porque incomoda ela;*

**FE**, *tem de aceitar, no começo foi difícil, agora é normal, acompanho, participo de tudo;*

**FG**, *muito triste. A gente nunca pode ter confiança na pessoa porque na mesma hora que está boa, dá uma loucura na pessoa;*

**FH**, *regular, ela não obedece, é difícil de lidar;*

**FI**, *não é nada fácil;*

**FJ**, *muito triste, decepcionante, acham que você mima, que não aprende porque você não ensina, ninguém quer ficar perto;*

**FK**, *difícil;*

**FL**, *eu acho que é difícil de entender no começo, hoje eu encaro como normal, não me afeta, não tenho vergonha. A maior dificuldade é a aceitação;*

**FM**, *bem incômodo, é difícil;*

**FN**, *que essa pessoa precisa de ajuda e apoio;*

**FO**, *para mim é muito triste.*

Quanto ao motivo que levou o familiar ao adoecimento, o **FA** respondeu: *“ah! Vou saber, não sei.”* O **FB**, no primeiro momento, respondeu *“sei lá,”* e acrescentou *“[...] se é porque ela não consegue trabalho, ou talvez por causa do problema da coluna.”* O **FE** respondeu: *“[...] isso eu não sei, veio do nada, porque era uma criança feliz, querida, de repente começou a mudar.”* Os sujeitos da pesquisa **FG** e **FJ** relacionaram a doença às questões de parto; um relacionando à depressão pós-parto e o outro a complicações no parto, que podem ter causado algumas sequelas e, posteriormente, desenvolvido o transtorno. O **FI** respondeu: *“[...] acho que desde a gestação da mãe dele, não se tratavam.”* Atribui e associa o fato de a sogra não ter realizado acompanhamento e/ou tratamento durante a gestação do esposo e que isso, portanto, pode ter causado o quadro depressivo dele, o qual relata que, desde pequeno, sentia-se muito triste, sozinho. Esse sujeito relatou que o esposo faz tratamento há quarenta anos para a depressão. Considerando que hoje ele tem 55, significa que iniciou o tratamento ainda na adolescência. Teve períodos muito graves da doença, chegando a ser encaminhado para frequentar o CAPS, no entanto, ficou por algum tempo e optou por se tratar com um psiquiatra no município vizinho.

O **FF** respondeu *“[...] acho que é porque faleceu a cunhada e deixou as crianças, o mais velho com 20 anos e o mais pequeno com dois anos”*, estabelecendo a relação entre o adoecimento do familiar e a preocupação com essa situação. A preocupação com amigos e familiares aparece também como motivo de adoecimento na resposta do **FN**, que colocou *“[...] preocupação com a família e os amigos.”* E o **FH** relaciona o agravamento da doença do familiar com a morte da mãe, no caso a doença era preexistente, mas teve piora no quadro após esse fato.

Os sujeitos da pesquisa **FC**, **FD**, **FL** e **FM** relacionam dificuldades da vida, sofrimento e coisas que se acumularam ao longo da vida ao adoecimento do familiar, como se pode constatar a seguir:

**FC**, *acho que foram coisas que foram acumulando, desânimo, coisas que não dá certo;*

**FB**, *dificuldades da vida;*

**FL**, *adaptação de ambiente, escola e problemas familiares;*

**FM**, *porque sofreu muito em casa.*

Essas dificuldades e sofrimentos podem estar relacionados a vários fatores, entretanto, não foram buscados para a análise nessa pesquisa, mas, se sabe que dificuldades e sofrimentos podem acarretar transtornos mentais, principalmente, os de cunho depressivo e aqui

novamente reforça-se a questão do ambiente como causa ou fator de adoecimento, como destaca Batistella (2007), em seus estudos que as condições socioeconômicas, culturais e ambientais, habitação, saneamento, ambiente de trabalho, escolar familiar além de outros determinantes sociais, bem como as tramas e relações sociais e comunitárias interferem nas condições de saúde das pessoas.

Dois dos familiares dos sujeitos atribuíram o adoecimento do familiar à decepção em relacionamentos, como é o caso do **FK**, que respondeu: “[...] acho que foi decepção com um menino.” E o sujeito da pesquisa **FO**: “[...] eu acho que era por causa de namoro que terminou, e ele tem uma filha que não tem contato e questões de separação dos pais.” Esses dois casos são pessoas jovens e entram em estatísticas e estudos que vêm sendo realizados sobre a resiliência emocional dos jovens.

As respostas dos sujeitos da pesquisa **FC**, **FD**, **FL** e **FM** colocam dificuldades, sofrimentos como causas e o subjetivo de cada pessoa faz com que ela dê respostas diferentes a situações diversas. As pessoas com transtorno mental relatam muita dor emocional, ou seja, é um sofrimento psíquico muito grande, que leva essa pessoa a se fechar e, muitas vezes, se anular perante a vida. A pessoa não consegue sair dessa condição sem o tratamento e sem o auxílio da família. Muitas vezes, esse sofrimento vai acompanhá-la ao longo da vida, porém se torna suportável com o tratamento, principalmente, quando esse é realizado por equipe multiprofissional com perspectiva interdisciplinar e, principalmente, a partir das relações e vínculos familiares positivos no cotidiano dessas pessoas. Segundo Mito (2008), a família foi redescoberta como instância de proteção, se tornando, de certo modo, uma miniprestadora de serviços ao Estado, pois a família, atualmente, encontra-se no centro das políticas sociais da assistência, educação e da saúde.

Segundo Groisman (2017, 155), a família é compreendida como a principal responsável nos cuidados domiciliares, pois o Estado só oferece esse cuidado em casos “limitados ou em condições restritas de acesso.” Ainda segundo o autor (idem), o cuidado às pessoas com transtorno mental vinculadas aos serviços de saúde mental centra-se na autonomia do sujeito e no cuidado que a família oferece por ser a responsável por esse sujeito quer em termos de tutela/curatela ou pelo vínculo afetivo existente.

Considerando-se a família como responsável direta pelo cuidado e, conseqüentemente, por fazer com que o familiar com transtorno mental, muitas vezes, acesse o serviço de Atenção em Saúde Mental, buscou-se saber como percebe o serviço ofertado nos municípios aos familiares tanto na Atenção Básica como na Atenção à Saúde Mental.

É necessário também pensar em cuidados para os familiares/cuidadores para evitar a

sobrecarga e o adoecimento dessas pessoas pelo desgaste de cuidar de uma pessoa com transtorno mental, que exige cuidados constantes e tem muitas recaídas durante a vida e o tratamento, gerando quadros de angústia e desesperança.

Em relação ao que acha do atendimento básico em saúde no município, 08 responderam que consideram o serviço bom; 02, como muito bom; 01, razoável; 01 respondeu que não sabe, pois, às vezes, precisa e não tem mais vaga uma vez que é por ordem de chegada e o médico vai até a comunidade atender apenas uma vez na semana, dificultando o acesso ao atendimento; 01 sujeito relatou que é tranquilo, mas precisa agendar o atendimento, no caso, a consulta. Um relatou que o atendimento é, mas tem poucos profissionais e se precisar de exames, precisa ir até a sede do município, contudo, cabe destacar que as UBS e ESF atendem apenas a Atenção Primária, exames e demais especialidades devem ser encaminhadas para as instituições credenciadas e especializadas. Essa questão se repete na resposta de um sujeito para o qual o atendimento não é bom, porque se precisa medicamento e exames, precisa ir para sede do município. No seu ponto de vista, deveria fazer tudo na UBS, e que, às vezes, os clínicos não encaminham todos os exames de que precisa, preferindo, dessa forma, ir direto até a sede e fazer a consulta na UBS da sede.

O questionário tinha um último tópico chamado palavra livre, no qual o sujeito da pesquisa poderia acrescentar aquilo que achasse necessário ou quisesse. Apenas dois fizeram uso desse espaço. Um declarou que teve vários internamentos em hospital psiquiátrico, embora não se recorde direito de quantos, mas quis compartilhar essa informação. Outro quis acrescentar que escreve poesias, tem livros publicados e um blog que está alimentando com poesias. A autodeterminação é importante para o tratamento de, modo geral, de toda e qualquer doença, mas, principalmente, no transtorno mental, porém há que se considerar que, na esquizofrenia, essa, às vezes, fica mascarada em função de algumas características da doença e na depressão também, pois as pessoas com depressão, a grosso modo, sofrem pela ausência de autodeterminação, quer seja pela questão química do próprio corpo, quer pelo emocional prevacente do quadro da doença, mas é fundamental que essas pessoas busquem a reinserção social. Por isso, o acompanhamento nos serviços por equipe interdisciplinar é de primordial importância, pois conseguem alavancar esse sujeito para se autodeterminar e conseguir a reinserção sociofamiliar.

#### 4.6 O USO DO AGROTÓXICO NA PRODUÇÃO E A SEGURANÇA ALIMENTAR

Este item se mostrou importante no contexto do trabalho, pois está diretamente ligado à segurança alimentar, que, por sua vez, relaciona-se ao Direito Humano à Alimentação Adequada, no sentido de estar livre da fome e ter a alimentação adequada, desenvolvimento rural sustentável e, conseqüentemente, a saúde (MACHADO, 2017).

A segurança alimentar e nutricional pode ser considerada tema intersetorial que demanda “ações intersetoriais de garantia de acesso à terra urbana e rural e território, de garantia de acesso aos bens da natureza, [...] de garantia de acesso à água para consumo e produção de alimentos, [...]” (MACHADO, 2017, s/p). Enfim implica a “garantia de serviços públicos adequados de saúde, educação, transporte, entre outros”, ou seja, da rede de serviços dos diferentes setores da sociedade.

Segundo Menezes (2010), no Brasil, a política é culturalmente setorializada, ou seja, não é pensada em sua amplitude e abrangência, o que dificulta a sua implantação, execução, pensar em ações e programas voltados à articulação e amplitude da segurança alimentar e nutricional em âmbito federal, estadual e municipal.

Como parte de alimentação adequada, pode-se relacionar o alimento para consumo sem agrotóxico, preferencialmente, cultivado de forma agroecológica, sem adubação química, inclusive. Conforme estudos como os realizados por Morin e Stunn (2018, p. 198), situações de intoxicações graves causam agravos de doenças como câncer e à saúde de modo geral, relacionando-se a “[...] doenças cardiovasculares, morbidade respiratória, doença de Parkinson, transtornos da visão, ansiedade, depressão, confusão mental, hipertensão arterial e efeitos neurológicos diversos, dentre eles, suicídio.” (MORIN; STUNN 2018, p. 198).

Esses autores (2018), com base nos estudos de Goldberg e Huxley (1992), destacam como problemas de saúde dos agricultores, associados ao uso de agrotóxicos, “danos à saúde mental desta população”, sendo as queixas mais comuns “[...] irritabilidade, insônia, nervosismo, fadiga, dores de cabeça, esquecimento e falta de concentração [...]”, que podem ser associadas ou isoladas, mas tem sintomatologia “[...] depressivas, ansiosas, subjetivas e isoladas [...].”

Os autores afirmam que “[...] os agrotóxicos utilizados na agricultura apresentam prejuízos à saúde mental pela sua capacidade neurotóxica. [...]”. (MORIN; STUNN, 2018, p. 198), contribuindo para o adoecimento mental do agricultor, mas, na amostra pesquisada para esse estudo, essa relação acaba não aparecendo na fala dos sujeitos, exceto um que acredita que pode causar transtorno mental.

Segundo o dossiê da Abrasco (2015), em estudo de base populacional realizado no Rio Grande do Sul, “[...] 75% dos agricultores utilizavam agrotóxicos [...]” e de modo mais intenso por sete meses ao ano. Esse estudo mostrou ainda que “[...]12% dos trabalhadores [...]” tiveram pelo menos uma intoxicação por agrotóxico ao longo da vida e “[...] 36% de prevalência de transtornos psiquiátricos [...]” nessa população. (CARNEIRO, 2015, p.139).

Beseler *et al* 2008, com base em Salvi *et al* (2003), destaca que, no Brasil, em estudo realizado com fumicultores, foi identificado número de pessoas com depressão e transtornos de ansiedade superior ao esperado, “mas diminuiu após 3 meses sem exposição à OP (Piretróides e Organofosforados).”

Os autores afirmam que a exposição a pesticidas resulta em depressão. Com base nessas pesquisas, fica clara a influência dos pesticidas e/ou agrotóxicos em alterações psíquicas/transtornos mentais em agricultores. De forma mais expressiva, pode-se relacionar a questão ao manejo direto das substâncias durante preparo e aplicação e a consequente contaminação via ar, água e alimentos.

Esses autores chamam atenção para o fato de que dentre a população mais atingida, com maiores riscos relacionados à saúde, “[...] estão trabalhadores que manuseiam diretamente os agrotóxicos e moradores de regiões em que esses produtos são fabricados ou aplicados.”

Em relação à utilização de agrotóxicos para o cultivo na propriedade, 05 sujeitos da amostra responderam que utilizam agrotóxico; 03, não utilizam; e para outros 6 não se aplica a questão. Cabe destacar que os sujeitos da pesquisa **PI**, **PM** responderam que “*quando cultivavam, usavam veneno, hoje está tudo arrendado.*”

Perguntado se utilizam agrotóxicos e se consomem esses produtos ou se cultivam para o consumo próprio sem o uso de agrotóxico, o sujeito da pesquisa **O** respondeu que não usa os produtos para consumo; são vendidos. **PD** e **PN** afirmaram que “**consumimos com agrotóxico.**” Dois responderam que, quando produziam, consumiam o mesmo milho, o mesmo alimento, só não utilizavam o agrotóxico na horta. 01 dos sujeitos da pesquisa disse apenas “*sim*”, o que tornou inviável inseri-lo nessa resposta, pois ficou dúvida, se, sim, utiliza veneno e consome o mesmo alimento ou se, sim, cultivava sem agrotóxico para consumo. E o **PL** respondeu que “[...] *nos alimentos que consomem não utilizam veneno.*”

Segundo o CONSEA (2013, p.7), o Brasil, desde 2008, está como o maior consumidor de agrotóxicos do mundo. O uso de agrotóxicos vem crescendo, nos últimos anos, no cultivo de alimentos, principalmente, entre os grandes produtores, mas também é muito utilizado nas propriedades de produção familiar. Isso produz inúmeras implicações, como intoxicações

graves e outras consequências à saúde do homem, inclusive, relaciona-se a quadros de depressão em vários estudos, e interfere na alimentação saudável e de qualidade, conseqüentemente, interfere no índice de saúde da população rural haja vista o consumo de veneno por meio da água e dos alimentos, o que gera insegurança alimentar. (MACHADO, 2017).

Aqueles que não fazem uso de agrotóxico na propriedade carpem para fazerem o manejo de ervas daninhas, pois a área é pequena; utilizam cinza do fogão, iscas e armadilhas porque são naturais e têm um resultado bom, seguindo os preceitos da agroecologia e cultivando alimentos de qualidade que contribuem para a segurança alimentar e nutricional próprio e de quem consome o produto. Os sujeitos da pesquisa **O, M, L, J, H, F, D, C, B,** e **A** não respondeu essa questão. O sujeito da pesquisa **E** respondeu que não utiliza agrotóxico, pois *“não é permitido o uso.”* Para o sujeito da pesquisa **I**, *“não há necessidade”* de utilizar agrotóxico. Respondeu ainda que *“agora só cultivam a horta e não tem necessidade de usar agrotóxico, usa adubo de galinha ou vaca, daí é só molhar.”* O sujeito da pesquisa **K** não usa agrotóxico porque vende os produtos e a empresa que compra não aceita que seja usado agrotóxico.

A III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional de 2007 traz a segurança alimentar como direito humano básico, assegurado através da “garantia de acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais dos indivíduos, [...]” e, principalmente, a alimentação saudável “[...] garanta uma vida digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva.” (CONSEA, 2013 p.7).

O Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA, 2013 p.7) afirma, em seu relatório "Os impactos dos agrotóxicos na segurança alimentar e nutricional: contribuições do CONSEA", que o uso de agrotóxicos viola o direito humano à alimentação adequada, pois segurança alimentar vai além de ter alimentos disponíveis, é ter alimentos de qualidade.

Nesse sentido, o uso de agrotóxicos leva ao consumo de alimentos cuja qualidade não é adequada ao consumo, à manutenção e prevenção de agravos à saúde, ferindo-se assim o direito humano à alimentação adequada.

O uso de agrotóxicos reduz a qualidade de vida da população e, de forma mais intensa, dos agricultores, pois estes, além do consumo dos alimentos, sofrem intoxicações na manipulação dos agrotóxicos, consomem a água de mananciais cuja contaminação é recente, pois ficam próximos às plantações nas quais se utilizou o agrotóxico e, a longo prazo, essas

situações podem gerar problemas relacionados à saúde mental dos trabalhadores rurais ou de membros de sua família pela exposição mais direta e constante a esses produtos.

Segundo Dowbor (2003, p.46) “[...], vivemos em espaços inseguros, [...], onde as coisas naturais como a água limpa ou até o ar limpo já são um luxo. [...]”. Dessa maneira, faz-se necessário pensar em como os usuários residentes no meio rural percebem essa questão do uso do agrotóxico na produção em sua propriedade e o consumo desses produtos.

Em relação ao cultivo de horta para consumo próprio, o resultado apresentado é: 12 cultivam horta. Dentre as razões para cultivar horta, colher verduras frescas e sem agrotóxico aparece em 03 sujeitos. O segundo item que se destacou foi a questão do fácil acesso, com 03 sujeitos. A questão do não precisar comprar seja pela qualidade por não ter agrotóxico, ou mesmo por questão econômica, que foi destacado por um sujeito, pois não possui renda, foi destacada por 05 pessoas. Duas colocaram ainda o fato de ser mais saudável e de se saber o que está comendo. Mesmo não se referindo à segurança alimentar e nutricional, essas pessoas acabam por fazê-lo.

Essas razões para o cultivo de horta, associadas ao fato de apenas 01 sujeito utilizar agrotóxico na horta para o cultivo de verduras e 13 utilizarem produtos naturais para o controle de pragas e também para a adubação, mostram que todos, embora não tendo colocado de forma técnica, sabem que cultivar a horta sem o uso do agrotóxico é mais saudável, traz menos prejuízos à saúde, o que se mostra nas falas dos 13 sujeitos que responderam não utilizar agrotóxico no cultivo da horta. **PI** e **PJ** atribuíram o não uso de agrotóxico na horta, “*pela questão da saúde*”, “*evitar doença*”, *respectivamente*. E um sujeito não respondeu à questão sobre o uso do agrotóxico no cultivo de horta.

Dos sujeitos da pesquisa, apenas 02 não cultivam horta em casa. Um dos sujeitos da pesquisa disse que não cultivava mais horta, pois quer ir morar na cidade, e daí não aproveitará os alimentos cultivados.

Assim, com base nas respostas obtidas, pode-se compreender que a segurança alimentar e o cuidado com a saúde estão presentes embora não citados dessa forma pelos pesquisados.

Outra questão que se buscou analisar e que demonstra a preocupação com a segurança alimentar é o de cultivo de pomar. De quatorze sujeitos, 10 responderam que cultivam pomar e apenas 04 não têm o cultivo de pomar. Dos que têm pomar na propriedade, nenhum faz uso de agrotóxico. Destacaram-se duas falas diretamente ligadas ao cuidado para com a saúde, que são de **PI** e **PJ**, os quais afirmaram a não utilização de agrotóxicos “*pela saúde*”. Vincula-se ainda essa prática a noções agroecológicas, e ao Desenvolvimento Rural Sustentável. Um sujeito não respondeu à questão sobre o uso de agrotóxico no pomar.

Dentre os sujeitos da pesquisa, dois têm apenas três tipos de frutas no pomar; os demais têm quantidade superior a três tipos de frutíferas. Dentre as frutas cultivadas, estão: butiá, limão, ameixa, maçã, figo, tangerina, jabuticaba, acerola, banana, goiaba, pêssego, manga, bergamota, laranja, abacate, romã, figo, carambola e mamão. Um dos entrevistados ressaltou que tem de tudo; outro destacou que “[...] *agora plantamos, mas não conseguimos fazer crescer. Os vizinhos passam veneno e morre.*” Outro sujeito da pesquisa ressaltou que tinham bergamota e laranja, mas morreram. As frutas mais cultivadas são banana e laranja, as quais apareceram em cinco respostas.

Ainda em relação à alimentação, foi perguntado se criam animais para consumo próprio e as respostas indicaram que 50% da amostra cria animais e 50% não

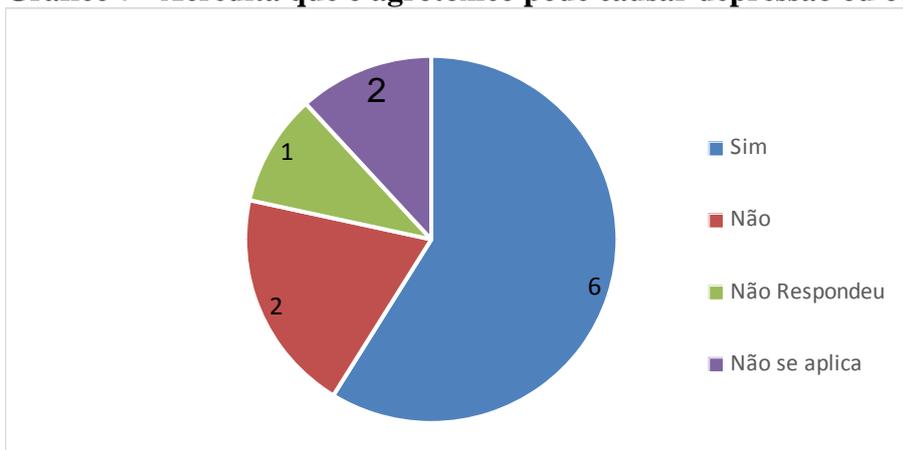
Dos que não criam animais, 03 adquirem a carne para consumo no mercado; 01 ainda não precisou comprar, pois tem estocado uma vez que parou de criar animais para consumo há pouco tempo; 01 compra do irmão que cria animais; 01 compra de quem ele sabe que cria e 01 compra dos vizinhos que criam.

Quanto ao fato de haver algum cuidado especial em relação à alimentação dos animais que criam ou adquirem para consumo, 01 dos sujeitos da pesquisa relatou que não há cuidado especial; 01 que não, mas associa a “*milho e pasto*”; 01 relatou que “*quando criávamos tratava com capim, pasto e milho*”; 01 entrevistado colocou que “*não é normal, é milho puro*”; 01 disse que dão “*alimento de qualidade, carência de medicamentos e vacina*”; 01 afirmou que “*sim, tudo natural, massa de milho, farelo de soja, grama*”; 01 relatou que “*tratam mais com silagem, mandioca e pouca ração*”; 01 respondeu que “*só usam milho e outros alimentos colhidos no sítio para alimentar os animais de consumo e fazem um preparo antes do abate*”; 01 respondeu que adquire de outros, mas quem cria, segundo o sujeito da pesquisa, “*eles cuidam, dão mais pasto*” e 01 assegurou que tem cuidado, pois dão “*mais pasto*”. Por meio dessas práticas, esses sujeitos podem ter uma alimentação mais saudável, com boa qualidade nutricional e segurança alimentar sua e de sua família.

O saneamento é um elemento importante na manutenção da saúde e prevenção de doenças, por isso, buscou-se conhecer aspectos relacionados ao saneamento nas propriedades.

Em relação ao fato de o agrotóxico provocar doenças como depressão ou algum outro tipo de transtorno mental ou doença física, os dados coletados junto aos sujeitos pesquisados se mostram da seguinte forma:

**Gráfico 7 - Acredita que o agrotóxico pode causar depressão ou outra doença?**



**Fonte:** Dados coletados na pesquisa 2019.

À pergunta sobre quais doenças acreditam que o agrotóxico pode causar, 01 respondeu que pode fazer mal se entrar em contato com o produto; 01 acredita que pode causar câncer; 01 acredita que pode “atacar o estômago e coisas”, não sabendo precisar exatamente quais doenças; 01 sujeito acha que o agrotóxico pode causar problemas no pulmão e no fígado; 01 disse que “[...] prejudica a saúde, dá problemas na cabeça e problemas no estômago.” E outro sujeito da pesquisa disse que o agrotóxico pode causar “câncer de pele, problemas no fígado e pulmonar.”

Nesse sentido, buscou-se saber sobre o uso de agrotóxico para cultivo na propriedade, se usam EPIs ou não, se têm conhecimento dos benefícios do uso dos EPIs, etc.

Dentre os EPIs que mais usam está a máscara, calça (roupas específicas), luva e botas, os quais cumprem os critérios mínimos de segurança física. Um sujeito relatou que utiliza trator com cabina, além dos equipamentos exigidos e já citados. Em relação a conhecer os benefícios de se utilizar os equipamentos de segurança, os sujeitos da pesquisa responderam que sim e 01 sujeito respondeu que é “para não entrar em contato com o produto”.

Em relação à questão se conhecem os riscos que correm ao não utilizarem os EPIs, todos que utilizam agrotóxicos responderam conhecer os riscos, contudo, todos afirmam que utilizam os EPIs. Quanto à aplicação dos agrotóxicos, foi perguntado se é feito com auxílio de máquina ou manualmente. Dois sujeitos responderam que com uso de trator que possui cabina, e três com máquina.

#### 4.7 POLÍTICA DE SANEAMENTO, DIREITO À ÁGUA E SANEAMENTO COMO DIREITO HUMANO

Este item se mostrou importante para a pesquisa, pois a saúde orgânica e mental está diretamente associada ao ambiente de vida, às relações que se estabelecem no território de residência, com a família e com a comunidade, ou seja, está relacionada a condições socioeconômicas e culturais e ao desenvolvimento rural sustentável, que pode contribuir sobremaneira para a melhora da saúde, pois vem ao encontro dos direitos humanos, condições de dignidade e desenvolvimento humano com qualidade.

O desenvolvimento rural sustentável pressupõe um desenvolvimento ordenado e equilibrado, bem como a manutenção e preservação ao máximo dos recursos naturais como a água. O 6º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável é a água limpa e saneamento, pois é com a água “que damos vida a tudo” (GREEN, 2009, p.48). Mesmo a mais remota forma de vida do planeta precisa de água para a sua sobrevivência.

Ainda segundo o autor (idem), “o acesso à água limpa e ao saneamento é um direito básico essencial para que as pessoas possam ter uma vida decente, digna”, uma vez que o acesso à água potável facilita a vida das pessoas, além de garantir a saúde e, conseqüentemente, a vida.

Segundo o Secretário-Geral da ONU, Ban Ki-moon, para a redução da pobreza, para o desenvolvimento sustentável e para se atingir os objetivos de desenvolvimento do milênio, é primordial que a população tenha assegurado o acesso à água potável e o saneamento adequado, pois, sem acesso à água e saneamento, os demais objetivos ficam comprometidos, haja vista serem primordiais para a manutenção da saúde da vida e do bem-estar. Se há acesso à água e saneamento, tem-se a garantia de infraestrutura, ou seja, que o desenvolvimento regional e local foram alcançados e o desenvolvimento sustentável (KI-MOON, 2010, p.1).

Segundo dados da ONU, “884 milhões de pessoas no mundo não têm acesso à água potável segura. 2,6 mil milhões de pessoas não têm acesso a saneamento básico, 40% da população mundial”, demonstrando a pobreza e a desigualdade no mundo e um desenvolvimento desordenado e insustentável. (ONU, 2010, p. 1).

Essa situação, que está prevista na meta do Objectivo de Desenvolvimento do Milênio 7, almejava reduzir, até 2015, pela metade o número de pessoas “[...] sem acesso sustentável à água potável segura e a saneamento básico.”, visto que, em 2010, a Assembleia Geral das Nações Unidas, “[...] através da Resolução A/RES/64/292, declarou a água limpa e segura e o saneamento como um direito humano essencial para gozar plenamente a vida e todos os

outros direitos humanos.” Ou seja, tornou o acesso à água potável e ao saneamento um direito legal da população mundial, garantindo, conseqüentemente, a qualidade dos mananciais hídricos do planeta e a dignidade humana. (ONU, 2010, p. 1).

Para o Ministério do desenvolvimento Rural (MDR), o Desenvolvimento Regional “precisa reconhecer as desigualdades regionais em múltiplas escalas de intervenção [...]”, pois somente dessa maneira poderá orientar políticas e programas que promovam o desenvolvimento territorial, com a adequação dos instrumentos para um trabalho multidimensional e escalar, de forma a facilitar sua implementação nas diferentes esferas de gestão, configurando um projeto de âmbito nacional, “[...] no qual o potencial e a diversidade das regiões sejam aproveitados e dinamizados, [...]”. Sendo assim, alcança-se também o meio rural e suas especificidades. A execução deste desenvolvimento, por meio dos objetivos e metas estabelecidas, conta com “[...] os planos macrorregionais e sub-regionais de desenvolvimento, os pactos de metas com governos estaduais e as carteiras de projetos prioritários.” (BRASIL, 2020. p. 1).

Para Green, (2009, p. 48), a desigualdade no acesso à água e ao saneamento é extrema. “A maioria das 1,1 bilhões de pessoas sem acesso à água limpa consome muito menos do que o nível mínimo de 20 litros por dia. Chegando a consumir apenas cinco litros, [...]” afetando a qualidade de vida e a própria saúde dessas pessoas.

Roesler e Parizotto (2010, p. 144) afirmam que a água “[...] é um elemento fundamental para a sobrevivência humana e das demais espécies vivas do ecossistema”. É um direito fundamental para a garantia da vida e pode ser entendido como direito individual, coletivo e social.

Na amostra pesquisada, 11 pessoas responderam que sim, possuem água tratada, e 03 afirmaram que não têm. Dos 11 sujeitos que afirmam ter água tratada, dois colocaram que utilizam água de poço artesiano e o outro de mina.

Os demais possuem água tratada pelo sistema público de tratamento de água, distribuída nas propriedades, mas com supervisão técnica do órgão responsável, tendo, assim, garantido o direito e o acesso à água tratada, os direitos do artigo 5º da Constituição Federal de 1988, e o previsto na Declaração dos Direitos Humanos Emergentes em seu Artigo 1º, inciso I, o direito à segurança vital, que “engloba o direito de todos os seres humanos e comunidades, para sua sobrevivência, a água potável e saneamento, energia elétrica e alimentação básica adequada e a não sofrer situações de fome”. (DUDHE, 2010), Assim, atrela-se ao desenvolvimento sustentável, condições de vida, saúde direito e acesso.

Em relação à questão da água, Roesler e Parizotto (2010, p. 144) afirmam que a água "[...] é um elemento fundamental para a sobrevivência humana e das demais espécies vivas do ecossistema [...]", sendo, portanto, um direito fundamental para a garantia da vida, compreendida também como direito individual, direito coletivo e direito social.

Outro documento que trata a água como condição à vida é a Declaração dos Direitos Humanos Emergentes (DUDHE), que associa esse direito, contudo, à alimentação e ao saneamento básico. Nessa direção, em seu artigo 1.º, inciso 10, traz o direito à segurança vital, o que "[...] engloba o direito de todos os seres humanos e comunidades, para sua sobrevivência, à água potável e saneamento, energia elétrica e alimentação básica adequada e a não sofrer situações de fome" (DUDHE<sup>38</sup>, 2010, s.p.).

O II Plano Nacional de Política Para as Mulheres, nesse sentido, traz em seu texto que essa questão será abordada em duas ações distintas, porém complementares "[...] onde uma se refere ao saneamento básico, especificamente a implantação de esgoto sanitário, fundamental na questão da saúde da mulher e sua família, e outra ação referente ao abastecimento de água, cujos produtos são construção de cisternas no meio rural – a cargo de MDS/MME/MMA" (BRASIL, 2008, p. 147).

A DUDHE (2010, s.p.), em seu Artigo 3.º, destaca que "[...] todo ser humano e toda comunidade têm o direito de viver num meio ambiente saudável, equilibrado e seguro; de desfrutar da biodiversidade existente no mundo [...]", contudo, se atenta ao fato de que se deve "[...] defender a manutenção e a continuidade de seu entorno para as gerações futuras [...]". Assim chama a atenção também à necessidade de se preservar esse bem comum de tão grande valia para a vida do planeta.

A Lei 9.433/97, que institui a Política de Recursos Hídricos no Brasil, traz, em seu Art. 1º, os fundamentos que norteiam a implantação e organização dessa política, tais como:

- I - a água é um bem de domínio público;
- II - a água é um recurso natural limitado, dotado de valor econômico;
- III - em situações de escassez, o uso prioritário dos recursos hídricos é o consumo humano e a dessedentação de animais;
- IV - a gestão dos recursos hídricos deve sempre proporcionar o uso múltiplo das águas;
- V - a bacia hidrográfica é a unidade territorial para implementação da Política Nacional de Recursos Hídricos e atuação do Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos;

---

<sup>38</sup> Apresentaremos Declaração dos Direitos Humanos Emergentes, com a sigla DUCHE.

VI - a gestão dos recursos hídricos deve ser descentralizada e contar com a participação do Poder Público, dos usuários e das comunidades. (BRASIL, 1997, s.p.)

O capítulo II dessa legislação traz como objetivos da política:

Art. 2º São objetivos da Política Nacional de Recursos Hídricos:

I - assegurar à atual e às futuras gerações a necessária disponibilidade de água, em padrões de qualidade adequados aos respectivos usos; II - a utilização racional e integrada dos recursos hídricos, incluindo o transporte aquaviário, com vistas ao desenvolvimento sustentável; III - a prevenção e a defesa contra eventos hidrológicos críticos de origem natural ou decorrentes do uso inadequado dos recursos naturais. (BRASIL, 1997, s.p.)

Para que se assegure a necessária disponibilidade de água às gerações futuras e também à atual, é imprescindível que toda população tenha presente em suas ações cotidianas a necessidade de cuidar desse bem precioso e vital, que seja apoiada e incentivada, por meio de políticas públicas que realmente possam ser implementadas e levem o sujeito a ser autônomo para pensar, opinar, sintetizar e transformar essa síntese em ações que visem ao bem de todos. Prevalece, ainda, um pouco da lógica capitalista de acordo com a qual predomina o individualismo e a obtenção de vantagens apenas para si, se fazendo necessário, portanto, uma educação que promova a construção de sujeitos coletivos, que pensem e ajam coletivamente, que levem o outro em conta como receptor e consequência dessas ações, visando ao bem comum.

Quanto ao uso da água no meio rural, essa lei traz em seu artigo 12, § 1º, “[...] que independem de outorga pelo Poder Público, conforme definido em regulamento: I - o uso de recursos hídricos para a satisfação das necessidades de pequenos núcleos populacionais, distribuídos no meio rural”

Segundo Green (2009, p. 48), “[...] o acesso à água limpa e ao saneamento é um direito básico essencial para que as pessoas possam ter uma vida decente, digna.” É a água potável que torna a vida das pessoas com qualidade possível e, portanto, com dignidade, pois tendo a água em condições de consumo, podem realizar tarefas básicas como o preparo de alimentos, manutenção das condições de higiene para garantir a saúde e, conseqüentemente, a vida.

Em relação ao meio ambiente, a Constituição Federal, em seu Art. 23, destaca que.

“É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: VI - proteger o meio ambiente e combater a poluição em qualquer de suas formas;” (BRASIL, 1988, p. 31). O saneamento básico deve ser garantido por meio de ações do poder público, no

sentido de garantir uma melhor qualidade de vida para a população, de inserção e efetivação do direito à vida, preconizados como um dos direitos fundamentais em nossa Carta Magna de 1988.

Aliada à questão da qualidade da água, há o saneamento básico, definido pela lei nacional 11.445/2007, em seu Art. 3.º, como “[...] conjunto de serviços, infra-estruturas e instalações operacionais [...]”. Nas alíneas *a* e *b*, a lei estabelece o abastecimento de água potável, sendo esse “constituído pelas atividades, infra-estruturas e instalações necessárias ao abastecimento público de água potável, desde a captação até as ligações prediais e respectivos instrumentos de medição”. Em relação ao esgotamento sanitário, a lei coloca que este é “[...] constituído pelas atividades, infra-estruturas e instalações operacionais de coleta, transporte, tratamento e disposição final adequados dos esgotos sanitários, desde as ligações prediais até o seu lançamento final no meio ambiente [...].” (BRASIL, 2007, s.p.).

A Lei 11.445/07, em seu artigo 48, “[...] reservou à União o papel de estabelecer e implementar a política federal de Saneamento Básico, com base em um conjunto de princípios, de natureza social, distributiva, econômica, administrativa, sanitária, ambiental e tecnológica”. (BRASIL, 2007, s.p.).

Essa Lei define ainda, em seu inciso VII, a “[...] garantia de meios adequados para o atendimento da população rural dispersa, inclusive, mediante a utilização de soluções compatíveis com suas características econômicas e sociais peculiares” (BRASIL, 2007, s.p.).

Nesse sentido, essa deve ser uma política de caráter universal, devendo abranger o maior número possível da população, senão 100%; deve estabelecer ações que facilitem o acesso ao saneamento a um custo viável, inclusive, às famílias de baixa renda e do meio rural, pois é uma condição ligada diretamente à qualidade da água consumida pela população. Essa lei, em seu artigo 48, parágrafo único, explicita,

As políticas e ações da União de desenvolvimento urbano e regional, de habitação, de combate e erradicação da pobreza, de proteção ambiental, de promoção da saúde e outras de relevante interesse social voltadas para a melhoria da qualidade de vida devem considerar a necessária articulação, inclusive no que se refere ao financiamento, com o saneamento básico (BRASIL, 2007, s.p.).

O saneamento básico se constitui em garantia de água não contaminada, portanto, adequada ao consumo dos seres humanos e animais, garantindo, dessa forma, o direito à vida com dignidade e qualidade.

A Lei 11.445/07, no artigo 49, inciso IV, estabelece como objetivo “[...] proporcionar condições adequadas de salubridade ambiental às populações rurais e de pequenos núcleos urbanos isolados [...]” (BRASIL, 2007, s.p.). Contudo, essas condições ainda não chegaram ao assentamento Valmir Mota, via política pública. Diante dessa realidade, os moradores estão se mobilizando e buscando junto ao poder público local essas condições garantidas por meio de política pública.

O saneamento básico, segundo a Lei Nacional nº 11.445/2007, Art. 3<sup>o</sup> “é um conjunto de serviços, infra-estruturas e instalações operacionais”, visando ao abastecimento de água potável e esgotamento sanitário. (BRASIL, 2007).

Sobre a existência de Sistema de Tratamento de Resíduos na propriedade, 12 dos sujeitos da pesquisa relataram não haver e um relatou que possui, pois, embora a propriedade seja considerada rural, fica no final do perímetro urbano e, como passa malha viária asfaltada, e, do outro lado da rua, já é loteamento, a propriedade tem acesso à rede de coleta de resíduos. Uma pessoa coloca que possui tratamento de resíduos, mas considera a fossa séptica como tratamento.

A política nacional de resíduos sólidos traz a destinação correta como um fator intrínseco ao desenvolvimento sustentável, ou seja, onde não é possível que a coleta dos resíduos chegue, seria necessário fazer fossas com revestimentos e decantação para devolver a água ao solo sem resíduos. Define, também, no capítulo II, em seus princípios e objetivos, a relevância da cooperação: “VI - a cooperação entre as diferentes esferas do poder público, o setor empresarial e demais segmentos da sociedade.” (BRASIL, 2010, s.p.). Dessa forma, a legislação envolve também as pessoas em geral como cidadãos de direito e de dever para com o espaço utilizado e o seu cuidado.

Outra questão levantada foi em relação à coleta de lixo na propriedade ao que se obteve como resultado que 06 possuem coleta, 07 não possuem coleta e 01 não respondeu. Como em alguns casos não há coleta de lixo, perguntou-se qual o destino dado aos resíduos. Os sujeitos da pesquisa responderam da seguinte forma: 01 joga a céu aberto e disse que ou apodrece ou os animais comem; 10 relataram que fazem compostagem, e 03 apontaram que dão os restos de alimentos aos animais.

Em relação ao lixo reciclável (papéis, plástico, metais), os sujeitos da pesquisa responderam o seguinte: 01 leva para a cidade ou na vila, às vezes, no aeroporto, onde tem coletor; 02 queimam o lixo; 02 levam para a vila ou cidade, onde tem coleta, e parte queimam; 04 levam tudo na coleta, “*não queimamos nada*”; 01 disse que parte no coletor e parte queima; 01 leva para o coletor e parte tem um senhor que recolhe; 01 separa e um senhor passa coletando; 01 leva ao coletor e as

latinhas vende; 01, o que dá uma pessoa recolhe, o resto queima; 01 queima parte e as latinhas vende.

Percebe-se que, no meio rural, a questão do tratamento dos resíduos ainda se faz uma realidade distante, pois é um serviço de alto custo para o município, demandando um alto investimento para a implantação e manutenção. Assim, para essa população acessar o direito ao saneamento nos moldes existentes no meio urbano, não será algo de curto ou médio prazo, talvez não seja nunca acessado, mas existem outras formas de se realizar o saneamento no sentido de destinação dos resíduos, como fossas com revestimento, e/ou uso de fossas anaeróbicas, nas quais, após a decantação, a água volta para a natureza, onde segue por mais um circuito de cuidados e limpeza por meio de plantas. Pode, desse modo, ser devolvida à natureza sem estar contaminada, atingindo o ODS 03, que visa garantir a disponibilidade e manejo sustentável da água e saneamento para todos.

Muitos vendem os recicláveis e transformam em complemento para as despesas da residência, reduzindo a poluição do solo, contudo, é preciso pensar, via saúde, um trabalho de educação para a redução do consumo de determinados produtos para a manutenção e prevenção da saúde humana e, concomitantemente, reduzindo o acúmulo de lixo.

Contudo, isso é um processo que requer condições socioculturais e políticas para sua implantação e efetivação no meio rural. Percebe-se que a população, a seu modo, encontrou algumas alternativas como levar para os coletores existentes na cidade ou na comunidade rural quando há esse contêiner.

Quanto à energia elétrica, 100% dos sujeitos da pesquisa possuem energia elétrica na propriedade. Nove, que residem em propriedades denominadas rurais, não possuem outra forma de produção de energia na propriedade. Seis moram em pequenos lotes em áreas consideradas urbanas, pois são vilas ou distritos onde se concentra um pequeno núcleo de residências, mas com uma organização viária e territorial urbana. Assim, cumprem-se os ODSs 03 e 10, Saúde e Bem-Estar e Redução das Desigualdades.

Aproxima-se também do cumprimento do objetivo da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), que é melhorar a “[...] qualidade de vida das populações do campo e da floresta [...]”, prevendo, para tanto, a articulação intersetorial para a promoção da saúde, “[...] envolvendo ações de saneamento e meio ambiente, especialmente, para a redução de riscos sobre a saúde humana” (BRASIL, 2011, p. 5-6). Como uma diretriz, almeja-se valorizar e reconhecer a “[...] dimensão subjetiva, coletiva e social [...]” dos conhecimentos e “[...] práticas tradicionais e a produção e reprodução de saberes das populações tradicionais.

A PNSIPCF é uma política relativamente nova, logo, pouco conhecida pela população e comunidade organizada, contudo, se posta em prática, conseguirá sanar algumas dificuldades e lacunas existentes no meio rural, realmente melhorando a qualidade de vida e da saúde física e mental da população do meio rural. Poderá embasar um trabalho mais intenso na redução de uso de agrotóxicos que, claramente, influenciam o adoecimento mental, como visto nos estudos de Chowdhury e Sperb (2017), que relacionam transtornos mentais comuns, como depressão, quadro de ansiedades, insônia, irritabilidade, ao uso de alguns agrotóxicos. (BRASIL, 2011).

Além disso, com a intersetorialidade, as pessoas que sofrem com os transtornos mentais e residem no meio rural passam a ter mais condições de cuidado extrafamiliar, de promoção da integração social da pessoa com transtorno mental e do exercício de sua cidadania, de desenvolvimento e/ou ampliação da resiliência emocional para o enfrentamento de situações e exigências cotidianas da vida, levando-as a uma maior qualidade de vida social e mental. (SILVA, 2005, p. 18).

Assim, é mister que se cuide da alimentação, que se tenha acesso à água tratada e de qualidade, saneamento básico, malha viária e créditos rurais adequados à necessidade aos pequenos agricultores, e serviços públicos capazes de constituir e efetivar a rede de proteção à população no sentido de garantir a manutenção da qualidade de vida e da saúde mental e orgânica da população rural.

## CONSIDERAÇÕES

A pesquisa da tese de doutoramento em Desenvolvimento Rural Sustentável está vinculada à linha de pesquisa: Desenvolvimento Territorial, Meio Ambiente e Sustentabilidade Rural, do PPGDRS/UNIOESTE, desenvolvida no período da pós-graduação (2017-2020). Esse tema foi proposto pelo fato de que este programa de pós-graduação tem a finalidade de abordar o desenvolvimento rural sustentável, que, por sua vez, está vinculado a melhores condições de saúde, e pelo fato de que a saúde, de modo geral, deixa explícita a dependência entre o nível de desenvolvimento de um país e a relação entre saúde, trabalho e ambiente, de forma direta, e, principalmente, pelo fato de que havendo um desenvolvimento sustentável, tem-se um equilíbrio maior na questão saúde-doença. (PERES, 2009). Esta teve como tema Saúde Mental, Território e Serviços Públicos de Saúde, e, por objetivo, analisar como se dá a garantia de direitos de acesso, barreiras e atendimento da população trabalhadora rural, em condição de adoecimento mental, ao serviço integrado de saúde, em três municípios pertencentes à 20ª Regional de Saúde – Paraná, quais sejam: Toledo, Marechal Cândido Rondon e Diamante D'Oeste.

Assim, destaca-se que a população do meio rural realmente tem dificuldades para acessar os serviços especializados. Nos municípios que têm CAPS, a dificuldade se concentra na distância da residência à sede do município onde é ofertado o serviço. Em um dos municípios, a dificuldade, além da distância, está no transporte, que raramente é ofertado pelo município; com isso, o sujeito depende de transporte coletivo, o que eleva o custo e o tempo para acesso ao atendimento e retorno para casa. Em um dos municípios, a maior dificuldade é o tempo para ir até o local de atendimento e retornar ao município de origem, pois o município oferta esse serviço. Portanto, se pode constatar que a principal problemática são as condições de vida da população trabalhadora rural, que nem sempre consegue prover a ida ao serviço, fator que se constitui como barreira ao acesso e à continuidade aos serviços de saúde mental, considerados determinantes fundamentais ao direito à saúde e à qualidade de vida no contexto do desenvolvimento rural sustentável. Essa problemática pode ser sanada com a descentralização dos serviços e o matriciamento em saúde mental, pois, dessa forma, o atendimento poderá ser realizado no território de residência e saúde da população rural. O matriciamento implica e oportuniza a interconsulta, permitindo, assim, a consulta com clínico e especialista, no caso da saúde mental, com psiquiatra, constituindo-se assim um ponto de referência em Saúde Mental dentro Atenção Primária, e a equipe como elo para a garantia de acesso e equidade no atendimento em Saúde Mental.

As dificuldades apontadas pelos usuários e familiares foram relacionadas ao transporte coletivo, ao custo, horários de ida e retorno, e à distância para chegar ao serviço. Quanto aos gestores, a principal dificuldade é ter profissionais que se habilitem a atender via SUS, a descentralização do serviço ao território, e o matriciamento, ainda em estágio embrionário, também visto como forma de ampliação e qualidade dos serviços. Esses fatores implicam o desenvolvimento rural, pois garantidas as condições de acesso da população rural aos serviços de saúde necessários, com adesão e permanência no serviço pelo tempo necessário, gera-se aumento da qualidade de vida e do desenvolvimento rural sustentável, fortalecendo, por conseguinte, a permanência dessa população no meio rural e também o desenvolvimento rural, sua condição de participação e autonomia em relação à sua saúde.

O ambiente, de modo geral, está diretamente relacionado ao adoecimento mental. As condições de fragilidade socioambiental, familiar, insegurança em relação à moradia, ao saneamento básico, locais com índices elevados de violência, baixa cobertura escolar e em saúde impactam em inúmeros transtornos mentais e ou acabam por agravar quadros pré-existentes. E, no meio rural, esse quadro se agrava, pois essa população fica exposta, em maior grau, a agrotóxicos, a condições extremas de trabalho em busca de melhores condições econômicas para acompanhar a lógica de consumo instituída pelo capital, as plantações e produção expostos a condições climáticas extremas, com baixos investimentos das políticas sociais, não permitindo o desenvolvimento regional e/ou sustentável.

O difícil acesso, pela questão geográfica, a tecnologias e atendimentos necessários no âmbito mercadológico, de saúde, assistência, educação, limita a qualidade de vida dessa população. É de suma importância pensar o desenvolvimento rural e a sustentabilidade com alternativas que viabilizem o cuidado com o solo, vegetação e, conseqüentemente, com a vida humana em condições dignas e com qualidade. Isso implica alternativas de uso da terra, mantendo-a produtiva e sustentável, ou seja, o cuidado é amplo e envolve o território como *locus* privilegiado de moradia, convivência e espaço de vida e cuidado com a saúde mental. O território é um espaço privilegiado para o cuidado visto que ali se pode compreender o sujeito em suas representações sociais, culturais, de saúde/doença, as relações sociais e implicações na sustentabilidade emocional e psíquica destas pessoas no meio em que vivem, ou seja, no seu território vida.

De acordo com Santos (2003, p. 14), “[...] o território é o fundamento do trabalho; o lugar da residência; das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida [...]”. Ultrapassando as divisas geográficas pela dinamicidade e por ser construído na e pelas relações estabelecidas pelos sujeitos naquele espaço, nesse processo, as especificidades do

território precisam ser identificadas e reconhecidas pela equipe de saúde, que tem seu trabalho fixado no território, pois há diferentes ritmos, tradições, identidades, relações de poder, uso e manejo da terra, políticas públicas, dentre outras questões que compõem o território e constituem a territorialização, a desterritorialização e a reterritorialização. (SAQUET, 2003).

A equipe de Atenção Básica em Saúde torna-se um elo para a sustentabilidade ambiental no território e para o acesso em suas diferentes dimensões: chegar à unidade, confiar na equipe, aderir e seguir o tratamento como e até quando necessário. Essa confiança na equipe para a garantia do acesso como permanência e adesão ao tratamento se constrói à medida que a equipe realmente consegue utilizar e, principalmente, compreender “a territorialidade e seus componentes, como o objeto do desenvolvimento em si, mas também como efeito da relação estreita entre o homem e a sociedade, de um lado, e, de outro, os espaços e seus territórios diferenciados.” Consideram-se a lógica territorial como parte intrínseca ao “processo de desenvolvimento local e regional”, mas, acima de tudo, de desenvolvimento e sustentabilidade do humano, da saúde ambiental e mental desse ser social. (DIREITO FUNDAMENTAL DA PESSOA HUMANA, 2007, p. 155).

A territorialização está presente nas diferentes políticas sociais assim como a centralidade da família. A política de saúde mental ainda deixa pontos obscuros em relação a isso. Muito embora traga o atendimento comunitário em contraponto à hospitalização das pessoas com transtornos mentais, não cerca a questão da territorialidade, contudo, com a Atenção Primária em Saúde, que passa a ser a porta de entrada aos serviços especializados, acaba vinculando-se o matriciamento à construção do PTS e ao apoio da RAPS no desenvolvimento do PTS, o que territorializa o serviço. Porém, o meio rural tem uma rede de atenção intersetorial deficitária pela questão populacional, bem como pela localização geográfica em relação à sede do município e, principalmente, pelo custo para a construção e manutenção de estruturas que possam fazer parte da RAPS e contribuir para o cuidado no território de saúde e residência.

O acesso ao atendimento em Saúde Mental tem primordial importância para o não agravamento de quadros psíquicos. Assim, compreende-se que o território é local privilegiado para as intervenções em Saúde Mental. A partir das Unidades Básicas de Saúde, que identificando, compreendendo, conhecendo a população adscrita, suas dificuldades, facilidades, representações do espaço que cerca essa população e das doenças que ali existem, as relações que estabelecem nesse contexto, vão além do simples atendimento da doença, garante-se os preceitos da Reforma Psiquiátrica e a universalização do atendimento, com qualidade e equidade.

As Unidades de Atenção Básica são hoje porta de entrada ao serviço especializado em Saúde Mental, mas, principalmente, corresponsáveis no cuidado em saúde mental, no acompanhamento das pessoas com transtorno mental, da família, da comunidade. São, portanto, um elo importantíssimo na rede de atenção psicossocial, uma vez que a Atenção Especializada em Saúde Mental fica centralizada na sede do município, em contrapartida, isso acaba por dificultar o acesso de muitas pessoas que residem no meio rural, principalmente, pela falta de transporte coletivo acessível. A partir do acolhimento, da escuta, a estratificação do risco psíquico se torna um importante instrumento para a garantia do acesso ao tratamento em saúde mental. Frente a isso, se desenvolveu a pesquisa **Saúde Mental, Território e Serviços Públicos de Saúde**: interações de direitos e condições de acesso no meio rural. Como resultados, pode-se destacar que o acesso ao tratamento especializado é garantido via a Atenção Básica, porta de entrada aos serviços especializados; o atendimento é realizado no território de saúde e de residência dessas pessoas e o cuidado local, integrado ao cuidado especializado via o matriciamento, estratificação de risco, interconsultas, cumpre os preceitos da Reforma Psiquiátrica, com a RAPS e a lógica do cuidado e a territorialização.

As principais dificuldades elencadas pelos usuários e familiares foram a questão relacionada ao transporte coletivo e ao custo, os horários de ida e retorno quando da dependência de transporte coletivo e a distância para chegar ao serviço. Quanto aos gestores, as principais dificuldades relacionam-se à escassez de profissionais que se habilitam a atender via SUS, à descentralização do serviço ao território, e início ainda embrionário do matriciamento. Este também é visto como uma forma de ampliação e qualidade dos serviços, o que implica o desenvolvimento rural. Isto, pois, a garantia de condições de acesso da população rural aos serviços de saúde necessários, com adesão e permanência no serviço pelo tempo necessário, promove a qualidade de vida e o desenvolvimento rural sustentável. Com isso, essa população pode ficar e fortalecer a permanência no meio rural e também o desenvolvimento rural.

Quanto aos municípios onde foram coletados os dados, os seus gestores apontam como dificuldades o fato de profissionais especialistas em Psiquiatria não se proporem a trabalhar pelo SUS, a descentralização dos serviços e o matriciamento, que ainda se apresenta como uma das dificuldades, mas também como uma possibilidade/facilidade para ampliação e qualidade do serviço ofertado e a territorialização das ações junto à população rural principalmente.

Os desafios que podem ser elencados com base no estudo desenvolvido é o trabalho no sentido de diminuir-se cada vez mais o uso do agrotóxico, mas, em sendo utilizado, que o seja

com medidas de segurança pessoal e ambiental, a ampliação de políticas sociais para que o pequeno agricultor possa realmente acessá-las de forma mais facilitada e reverter esses benefícios ao desenvolvimento sustentável de sua propriedade e para a qualidade de vida sua e de seus familiares.

Outro desafio é o de efetivar o território como *lócus* de cuidado em saúde mental e espaço privilegiado para decodificar e trabalhar o processo saúde e doença, “[...] e como suas repercussões são percebidas diferenciadamente na esfera dos corpos, dos sujeitos, dos grupos e da totalidade, contribui para situar o cuidado para além do ato de curar empreendido por um indivíduo sobre o outro. [...]” Essa compreensão do território, do processo saúde-doença e da influência de um indivíduo sobre o outro no processo de cura ou doença, permite levar-se em conta “[...] a troca, a participação, a inclusão e a autonomia como formas de reconhecimento e superação do sofrimento e da cura (GONDIN, 2011 *apud* GONDIN; SOALHEIRO, 2017, p.67). São importantes, na análise das ações de saúde, os significados que os atores sociais de cada território constroem sobre as dimensões do território, ampliando a garantia de qualidade do atendimento tanto na Atenção Básica como na Saúde Mental no meio rural, pois, somente assim, consegue-se atingir o desenvolvimento sustentável local, regional e também em nível nacional.

O conhecimento do território e as relações ali estabelecidas pelos atores deste território levam também à garantia do acesso que vai “[...] além da disponibilidade de recursos de atenção à saúde em determinado local e tempo, compreende as características do recurso, que facilitam ou dificultam o seu uso por parte dos clientes potenciais.” Para (FRENK, 1985 *apud* GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 189), o “[...] acesso está relacionado à capacidade de um grupo para buscar e obter atenção”. Para que o acesso seja realmente alcançado, é necessária a avaliação de “recursos de saúde” disponíveis e, principalmente, o conjunto de características da população que permitem-lhe buscar e obter a atenção.

O acesso, com base no estudo, pode ser considerado também uma ferramenta do desenvolvimento sustentável para a saúde e o meio ambiente. Este trabalho tem o intuito de “contribuir para o avanço dos estudos sobre as questões socioambientais e socioeconômicas no contexto da sustentabilidade e desenvolvimento rural e regional” haja vista ser um dos objetivos do programa de doutoramento e da linha de pesquisa na qual se realizou o presente estudo.

Assim, esse estudo aponta, no sentido de melhorar os serviços assegurados e para a garantia do acesso ao Serviço Especializado em Saúde Mental para a população rural, a necessidade do fortalecimento do matriciamento, da rede intersetorial de atendimento, da

RAPS e, com certeza, a facilidade do acesso para que o usuário participe de atividades da equipe interdisciplinar/multiprofissional em modalidade CAPS ou, então, que parte das ações dessa equipe sejam descentralizadas, o que facilitaria, em muito, para as pessoas com transtorno mental, mas dificultaria o trabalho para a equipe pela gama de itens necessários a algumas atividades. Pensando-se nessa perspectiva, seria necessário focar-se em grupos como roda de conversa, grupos de relaxamento, dentre outras possibilidades, dentro das PCIS e via NASF para a descentralização. Além disso, a implementação de outras oficinas que trabalhem com produção, visto a sua importância e potencial organizador, no cotidiano da Atenção Básica ou via rede intersetorial, RAPS, tendo trocas constantes com a equipe multiprofissional de Atenção à Saúde Mental. Dessa forma, assegura-se o direito de acesso ao tratamento em saúde mental de qualidade, tanto aos usuários envolvidos nesta pesquisa como a muitos outros que possam vir a ser estratificados como risco em saúde mental e tendo a necessidade de acompanhamento e monitoramento.

Assim, esta tese traz alguns elementos que desvelam a política de saúde mental nos municípios e a contribuição, de modo geral, das políticas relacionadas ao saneamento, água, assistência em relação ao desenvolvimento rural sustentável e à própria sustentabilidade da saúde, tanto orgânica quanto mental dessa população, trazendo inquietações que, com certeza, mobilizarão outros estudos relativos à saúde mental na região. Enfim, este estudo pode vir a subsidiar inovações na forma de atendimento às pessoas com transtorno mental no meio rural e também servir de base para outros estudos na área. Mostra que a Atenção em Saúde Mental pode e deve ser manejada, ao máximo, na Atenção Primária e, quando esse manejo não for possível por meio das interconsultas, da Rede de Atenção Psicossocial, que se tenha o acesso facilitado para o atendimento especializado e equipe multiprofissional/interdisciplinar para a redução do sofrimento psíquico.

## REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, R. Agricultura familiar e desenvolvimento territorial. Reforma Agrária. **Revista da Associação Brasileira de Reforma Agrária**, v. 28. ns. 1, 2, 3 e 29, nº 1. 1998 e 1999. Disponível em: <http://wp.ufpel.edu.br/ppgdtsa/files/2014/10/Texto-Abramovay-R.-Agricultura-familiar-e-desenvolvimento-territorial.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2017.

ABRAMOVAY, Ricardo. Funções e medidas da ruralidade no desenvolvimento contemporâneo. Texto de discussão 702. In: **IPEA**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro, janeiro de 2000. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1TOj9hJ-7jHIVtV7RiqJNsifJ7v8ajGa2/view?ts=5e950da2>. Acesso: mar. 2020.

BARCELLOS, Christovam. Problemas emergentes da saúde coletiva e a revalorização do espaço geográfico. In: MIRANDA, Ary Carvalho de. *Et al.* (Org). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BATISTELA, Carlos. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In. Fonseca, Angélica Ferreira (Org.). **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BESELER, Cheryl L. *et al.* Alavanja, Aaron Blair, Thomas Keefe, Freya Kamel. **Depression and Pesticide Exposures among Private Pesticide Applicators Enrolled in the Agricultural Health Study**. *Environ Health Perspect.* 2008 Dec; 116(12): 1713–1719. Published online 2008 Sep 9. doi: 10.1289/ehp.11091. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2599768/>. Acesso em: maio 2020.

BISNETO, J. A. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BOFF, Leonardo. **Sustentabilidade: tentativa de definição**. 2012. Disponível em: <http://leonardoboff.wordpress.com/2012>. Acesso em: ago. 2018.

BOFF, Leonardo. **Sustentabilidade e cuidado: um caminho a seguir**. 2011. Disponível em: <https://leonardoboff.org/2011/06/16/sustentabilidade-e-cuidado-um-caminho-a-seguir/>. Acesso em: outubro. 2020.

BÖING, Elisangela; CREPALDI, Maria Aparecida. O Psicólogo na Atenção Básica: Uma Incursão pelas Políticas Públicas de Saúde Brasileiras. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, 2010, 30 (3), 634-649. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v30n3/v30n3a14.pdf>. Acesso: 05 de maio 2019.

BOSCHETTI, Ivanete. Os custos da crise para a política social. In: BOSCHETTI, Ivanete *et al.* **Capitalismo em Crise: política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010. p.64-85.

BOSCHETTI, Ivanete *et.al.* **Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas**. Organizadoras/ Ivanete Boschetti, Elaine Rossetti Behring, Silvana Mara de Moraes dos Santos, Regina Célia Tamasso Miotto. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. [Constituição (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em: abr. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903**. Esse decreto com sua ementa: reorganiza a assistência a alienados. Legislação informatizada - decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903 – republicação. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-norma-pl.html>. Acesso em: abr. 2019.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm). Acesso em: ago. 2019.

BRASIL. **Lei 10.216/2001 de 6 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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 29 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/marg/portar/2002/portaria-336-19-fevereiro-2002-333439-publicacaooriginal-1-ms.html>. Acesso em: abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta-** (PNSIPCF). Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed.; 1. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866\\_02\\_12\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html). Acesso janeiro 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf). Acesso: mar. 2019.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Regional. **Política Nacional de Desenvolvimento Regional. 2020.** Disponível em: <https://www.gov.br/mdr/pt-br/assuntos/desenvolvimento-regional/pndr>. Acesso em: nov. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.866 de 2 de dezembro de 2011.** *Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF).* Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/>. Acesso em: jan. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso: maio 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços corajueitos e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: maio 2019. [2019a]

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. **Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.** 2017. disponível em: [saude.gov.br/artigos/852-profissional-e-gestor/41052-rede-de-atencao-psicossocial-raps](http://saude.gov.br/artigos/852-profissional-e-gestor/41052-rede-de-atencao-psicossocial-raps). Acesso em: jun. 2020.

CARNEIRO, F.F. **A saúde no campo:** das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “bóias-frias” em Unai, Minas Gerais, 2005. 2007, 143 f. Tese (Doutorado em Ciência Animal) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Veterinária, Belo Horizonte, 2007.

CARNEIRO, Fernando Ferreira (Org.) Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde / Organização de Fernando Ferreira Carneiro, Lia Giraldo da Silva Augusto, Raquel Maria Rigotto, Karen Friedrich e André Campos Búriço. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015. Disponível em: [www.epsjv.fiocruz.br](http://www.epsjv.fiocruz.br). Acesso em: jul. 2020.

CARVALHO, M. C. B. (Org.) **A Família Contemporânea em Debate.** São Paulo: EDUC/Cortez, 2003.

CHOWDHURY, Fazle Rabbi *et al.* **Bans of WHO Class I Pesticides in Bangladesh—suicide prevention without hampering agricultural output.** *The Author 2017. Published by Oxford University Press on behalf of the International Epidemiological Association. International Journal of Epidemiology*, 2018, 175–184. Disponível em: <https://academic.oup.com/ije/article-abstract/47/1/175/4085319>. Acesso em: mar.2020.

CISCOPAR. Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná. **Centro de Especialidades do Paraná**. 2016a. Disponível em: <http://www.ciscopar.com.br/2020/portal/view.php?p=set&id=1>. Acesso em: mar. 2019.

CISCOPAR. Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná. Centro de Especialidades Odontológicas. 2016e. Disponível em: <http://www.ciscopar.com.br/2020/portal/view.php?p=set&id=4> . Acesso em: maio 2020.

CISCOPAR. Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná. **Centro de Testagem e Aconselhamento**. 2016d. Disponível em: <http://www.ciscopar.com.br/2020/portal/view.php?p=set&id=3> . Acesso em: maio 2020.

CISCOPAR. Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná. **Histórico**. 2016. Disponível em: <https://www.ciscopar.com.br/2020/portal/view.php?p=his>. Acesso em: mar. 2020.

CISCOPAR. Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná. **Modelo de Atenção às Condições Crônicas**. 2016b. Disponível em: <http://www.ciscopar.com.br/2020/portal/view.php?p=set&id=2>. Acesso em: mar. 2019.

CISCOPAR. Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná. **Serviço Integrado de Saúde Mental**. 2016c. Disponível em: <http://www.ciscopar.com.br/2020/portal/view.php?p=set&id=5>. Acesso em: maio 2020.

COHN, Amélia, et al. **A Saúde como direito e como Serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

CONSEA. **A realidade do modelo de produção agropecuária**. 2013. Disponível em: [http://www4.planalto.gov.br/consea/eventos/mesa\\_de\\_controversias/mesa-de-controversias-sobre-agrotoxicos-2013/a-realidade-do-modelo-de-producao-agropecuaria.pdf](http://www4.planalto.gov.br/consea/eventos/mesa_de_controversias/mesa-de-controversias-sobre-agrotoxicos-2013/a-realidade-do-modelo-de-producao-agropecuaria.pdf). Acesso em: maio 2020.

CONSEA. Conselho Nacional de Segurança Alimentar. **Os impactos dos agrotóxicos na segurança alimentar e nutricional: contribuições do CONSEA**. 2013. Disponível em: <http://antigo.contraosagrotoxicos.org/index.php/materiais/relatorios/os-impactos-dos-agrotoxicos-na-seguranca-alimentar-e-nutricional-contribuicoes-do-consea/detail#:~:text=Os%20impactos%20dos%20agrot%C3%B3xicos%20na%20seguran%C3%A7a%20alimentar%20e%20nutricional%3A%20contribui%C3%A7%C3%B5es%20do%20Consea,-Tamano%3A%202.7%20MB&text=O%20Brasil%2C%20desde%202008%2C%20mant%C3%A9m,%20incompat%C3%ADvel%20com%20esse%20quadro>. Acesso em: mar. 2019

COSTA, Lucia Cortes da. Políticas Sociais no Mercosul: Desafios para uma integração regional com redução das desigualdades sociais. *In*: COSTA, Lucia Cortes da. (Org.). **Estado e Democracia: pluralidade de questões**. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2008.

COSTA, Manoel Baltazar Baptista da. **Agroecologia no Brasil: história, princípios e práticas**. 1.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2017.

DIAMANTE D'OESTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde Diamante D' Oeste, Paraná. 2018-2021. 2017. Acesso. Meio Digital.

DOWBOR, Ladislau. A Reprodução Social. vol III. **Descentralização e Participação** – As Novas Tendências. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

ENDLICH, Angela Maria. Perspectivas sobre o urbano e o rural. *In*: SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão; WHITACKER, Arthur Magon. (Org.) **Cidade e campo**: relações e contradições entre o urbano e o rural. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

ENRIQUEZ, Eugène. **O trabalho, essência do homem? O que é o trabalho?** Universidade Paris-Diderot, Paris (Paris, França). Publicado originalmente na seção “Contraponto” do número especial sobre psicossociologia do trabalho da Nouvelle Revue de Psychosociologie Traduções/Translations. Cad. Psicol. Soc. Trab., São Paulo, v. 17, n. spe. 1, p. 163-176, 2014 –DOI:10.11606/issn.1981-0490.v17ispe1p163-176. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v17nspe/a17v17nspe.pdf>. Acesso em: 10 de agosto de 2018.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Política Social. (2011). **Rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental grave: pautas de intervención en el domicilio y programas para contextos rurales**. Castilla-La Mancha, España:Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponível em: <https://consaludmental.org/publicaciones/Rehabilitacionintegracionsocial.pdf>. Acesso em: nov. 2020.

FABRIS, Diuslene Rodrigues. **Da loucura ao transtorno mental**: a constituição de políticas sociais e seus pressupostos. Tempo da Ciência (18) 35, 1º semestre 2011. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/tempodaciencia/article/view/9005.pdf>. Acesso em: out.2018.

FAGUNDES, Giselle Soares. **Matriciamento em saúde mental**: análise das ações e do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na atenção básica. 2019. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/36382/2/ve\\_Giselle\\_Soares\\_ENSP\\_2019](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/36382/2/ve_Giselle_Soares_ENSP_2019). Acesso em: jun. 2020.

FIRPO, Marcelo, *et al*. Para defender o SUS e sua integralidade: desafios para a Vigilância e a Promoção da Saúde. **Revista-Ensaios-Diálogos**, 1. p.-24-a-33.pdf. Disponível em:[https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/07/Revista-ENSAIOS-DI%C3%81LOGOS\\_1\\_Pag-24-a-33.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/07/Revista-ENSAIOS-DI%C3%81LOGOS_1_Pag-24-a-33.pdf). Acesso em: mar. 2020.

FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. **Política de Saúde**: uma política social: políticas e sistema de saúde no Brasil. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009. p.23-64.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica** (J. T. C. Netto, tradução). São Paulo, SP: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1972). 2014.

FREYZE-PEREIRA, João A. **O que é Loucura**. Coleção Primeiros Passos. 5.ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1985.

GEHLEN, I. Políticas públicas e desenvolvimento social rural. **São Paulo em Perspectiva**. v.18, n.2, p.95-103, 2004. Disponível em:<https://www.scielo.br/pdf/spp/v18n2/a10v18n2.pdf>. Acesso em: novembro de 2020.

GIOVANELLA, Lígia; FLEURY, Sonia. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. *In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org). Política de Saúde: O público e o privado.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

GONDIM, Grácia *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. *In: MIRANDA, Ary Carvalho de. et al (Orgs). Território, ambiente e saúde –* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GONDIM, Grácia; SOALHEIRRO, Nina. Território, saúde mental e atenção básica. *In: SOALHEIRRO, Nina (Org.). Saúde mental para a Atenção Básica.* Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2017.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda. Do conceito de risco ao da precaução: entre determinismos e incertezas *In: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.). O Território e o Processo Saúde-Doença.* Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

GRISA, Catia.; SCHNEIDER, Sergio. **Três gerações de políticas públicas para a agricultura familiar e formas de interação entre sociedade e estado no Brasil.** RESR, Piracicaba-SP, Vol. 52, Supl. 1, p. S125-S146, 2014 – Impressa em fevereiro de 2015. Disponível em : <https://www.scielo.br/pdf/resr/v52s1/a07v52s1.pdf>. Acesso em: mar. 2019.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade.** (tradução Tomaz Tadeu da Silva). Guaracira Lopes Louro-11.ed. - Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional/** Marilda Villela Iamamoto. 16.ed. São Paulo, Cortez, 2009.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico de 2010.** 2011. Rio de Janeiro. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd\\_2010\\_caracteristicas\\_populacao\\_domicilios.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf). Acesso em: 30 abr.2019.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Brasil, Paraná, Toledo. Panorama. **Censo Agropecuário 2017.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/toledo/panorama>. Acesso em: jun.2019.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico Município de Diamante D'Oeste.** Junho 2019. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85896>. Acesso em: jun.2019.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico Município de Marechal Cândido Rondon.** Junho 2019. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85960&btOk=ok>. Acesso em: jun.2019.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico Município de Toledo.** Junho 2019. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85900>. Acesso em: jun.2019.

JOVCHELOVITCH, Sandra; GUARESCHI, Pedrinho (Orgs). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

Lara, M. O., Brito, M. J. M., Rezende, L. C. (2012). Aspectos culturais das práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em áreas rurais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 46(3), 673-80. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000300020](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300020). Acesso: nov. 2020.

LUIG, Benjamin. *et al.* **Agrotóxicos perigosos Bayer e BASF** – um negócio global com dois pesos e duas medidas. abr.2020. Disponível em: <https://contraosagrototoxicos.org/wp-content/uploads/2020/04/Agrot%C3%B3xicos-Perigosos-Bayer-e-BASF.pdf>. Acesso em: maio 2020.

MARECHAL CÂNDIDO RONDON. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto de Habilitação do Caps I. Laços de Amor. **Centro de Atenção Psicossocial de Marechal Cândido Rondon/PR**. 2020. [Mimeo].

MARECHAL CÂNDIDO RONDON. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. 2018-2021. Secretaria Municipal da Saúde de Marechal Cândido Rondon. Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em: 01 de agosto de 2017 através da Resolução nº 15/2017. Acesso. Meio digital.

MARQUES, Marta Inez Medeiros. O conceito de espaço rural em questão. **Terra livre**. São Paulo, a. 18, n. 19, p. 95 – 112, jul./dez. 2002. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/160-296-1-SM.pdf>. Acesso em: jun. 2018.

MARTINEZ, Paulo. **Direito e cidadania**: Um lugar ao sol. 1.ed. 3. reimp. São Paulo: Scipione, 1996, (ponto de apoio).

MARX, Karl. O capital. O Processo de valorização. *In: O Capital*. Crítica da economia política. São Paulo: Abril Cultural, 1983. Tomo 1, cap.V.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **O manifesto do partido comunista**. 6.ed. Global Editora, 1984.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias(Orgs) Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*.1.ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MERHY, Emerson Elias. O cuidado é um acontecimento e não um ato. *In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias(Orgs). Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*.1.ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

MIOTO, Regina Célia. *Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas*. São Paulo: Cortez, 2008.

MONKEN, Mauricio *et al.*. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. *In: MIRANDA, Ary Carvalho de. Et al (Org). Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MOREIRA, Jessica Pronestino de Lima. *et al.* A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. *In: Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 31(8):1698-1708, agosto, 2015.

MORIN, Pâmela Vione; STUMM, Eniva Miladi Fernandes. **Transtornos mentais comuns em agricultores, relação com agrotóxicos, sintomas físicos e doenças preexistentes**. PSICO, Porto Alegre, 2018; 49(2), 196-205. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/26814/pdf>. Acesso em: maio 2020.

NAVARRO, Zander. Desenvolvimento rural no Brasil: os limites do passado e os caminhos do futuro. **Revista Estudos Avançados**. vol.15 no.43 São Paulo: Sept./Dec. 2001.

NETO, Maurício Cirilo; DIMENSTEIN, Magda. Cuidado Psicossocial em Saúde Mental em Contextos Rurais. ISSN 1413-389X **Trends in Psychology / Temas em Psicologia** – Dezembro 2017, Vol. 25, nº 4, 1653-1664 DOI: 10.9788/TP2017.4-09Pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tpsy/v25n4/2358-1883-tpsy-25-04-1653.pdf>. Acesso em: nov. 2020.

NETO, Maurício Cirilo; DIMENSTEIN, Magda. Saúde Mental em Contextos Rurais: o Trabalho Psicossocial em Análise. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Abr/Jun. 2017 v. 37 nº2, 461-474. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002542016> . Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n2/1982-3703-pcp-37-2-0461.pdf>. Acesso em: nov. 2020.

NUNES, Letícia Soares. A questão socioambiental e a atuação do assistente social. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 12, n. 1, p. 196 - 212, jan./jun. 2013. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/13337/9623>. Acesso: abril de 2019.

NUNES, Letícia Soares. **Questão socioambiental e formação profissional: o que o serviço social tem a ver com esse debate?** Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/191610/PGSS0205-T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: maio 2019.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento – 1986**. Universidade de São Paulo USP. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direito-ao-Desenvolvimento/declaracao-sobre-o-direito-ao-desenvolvimento.html>. Acesso em: maio 2019.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos Emergentes**. Organizado por Durval Ângelo; tradução de Márcia Maria de Paiva Borges Martini. -- Belo Horizonte, 2010. 52 p.--(Educação e Democracia em debate, 1). Disponível em <http://www.vereadoraliviaguimaraes.com.br> – Acesso: maio de 2019.

ONU-BR. Organização das Nações Unidas – BR. **Conheça os novos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU**. Publicado em 25/09/2015. Atualizado em 12/04/2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/conheca-os-novos-17-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-da-onu/>. Acesso em: maio 2019.

ONU. Organização das Nações Unidas. O direito humano à água e saneamento. Comunicado aos Média. *In: Programa da Década da Água da ONU-Água sobre Advocacia e Comunicação (UNW-DPAC)*. 2005-2015 . S/A. Disponível em: [https://www.un.org/waterforlifedecade/pdf/human\\_right\\_to\\_water\\_and\\_sanitation\\_media\\_brief\\_por.pdf](https://www.un.org/waterforlifedecade/pdf/human_right_to_water_and_sanitation_media_brief_por.pdf). Acesso: novembro de 2020.3333333

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde - Brasil. **OPAS/OMS apoia Governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população**. 2016. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839). Acesso em: mar. 2019.

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. **Indicadores de Saúde: Elementos Conceituais e Práticos**. Disponíveis em: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=1&lang=pt#:~:text=O%20conceito%20de%20sa%C3%BAde%20adotado,ou%20enfermidade%22%20\(4\)..](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=1&lang=pt#:~:text=O%20conceito%20de%20sa%C3%BAde%20adotado,ou%20enfermidade%22%20(4)..) Acesso em: mar.2019.

PAIN, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PARANÁ. **Hemepar** – Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná. s.a. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Hemepar-Centro-de-Hematologia-e-Hemoterapia-do-Parana>. Acesso em: maio 2020.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Por que o programa APSUS é importante para seu Município?** 20/03/2017. Disponível em: <https://www.ids.inf.br/apsus>. Acesso em: abr. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Oficinas do APSUS**. Formação e Qualificação do Profissional em Atenção Primária à Saúde. Oficina 8 - Saúde Mental 2014. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS\\_-\\_Ed.\\_Permanente/Oficia\\_8\\_-\\_Saude\\_Mental/Caderno\\_08\\_Saude\\_Mental.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS_-_Ed._Permanente/Oficia_8_-_Saude_Mental/Caderno_08_Saude_Mental.pdf). Acesso agosto de 2019. Acesso em: jul. 2019.

PARANÁ. Saúde Mental no Paraná. **Coordenação Estadual de Saúde Mental**. Julho 2012. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-04/apresentacaosmnoparana.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/apresentacaosmnoparana.pdf). Acesso em: maio 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. (SPP/DVSAM - Saúde Mental) **Definição de Saúde Mental**. 2005. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/print.php?conteudo=587>. Acesso em: mar. 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde**. Sistema Único de Saúde. 2015. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-05/pdr\\_compilado\\_final\\_correcao\\_em\\_08\\_07\\_2016\\_0.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/pdr_compilado_final_correcao_em_08_07_2016_0.pdf). Acesso em: mar.2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019** – Curitiba: SESA, 2016. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PlanoEstadualSaude2016MioloAlt.pdf>. Acesso em: jun. 2019.

PASTÓRIO, I. T. **A representação social das famílias usuárias da Unidade de Educação Infantil "Nono Giacomazzi"**. Monografia apresentada, no ano de 1997, à Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Centro de Ciências Humanas e Estudos Sócio-Econômicos - *campus* de Toledo, Departamento de Serviço Social, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação da docente Luciana Vargas Netto Oliveira.

PASTÓRIO, I. T.; SCHEFFEL, R. S. **Direitos Humanos e a Exclusão Social: trabalho ofertado no CAPS II "Lugar possível" Dr. Jorge Nisiidi Toledo - PR e a garantia dos direitos humanos**. 2014. Disponível em: [http://itecne.com.br/social/edicoes/2014/artigos/DIREITOS%20HUMANOS%20E%20A%20EXCLUS%C3%83O%20SOCIAL\(...\).pdf](http://itecne.com.br/social/edicoes/2014/artigos/DIREITOS%20HUMANOS%20E%20A%20EXCLUS%C3%83O%20SOCIAL(...).pdf). Acesso em: 12 dez. 2019.

PASTÓRIO, Inês Terezinha; Roesler, Marli Renate von Borstel. PLEIN, Clério. Condições de trabalho e saúde mental do/a trabalhador/a rural: desafios e perspectivas no desenvolvimento rural. **Revista GeoPantanal**. UFMS/AGB, Corumbá/MS. v. 13, n. 24 (2018): Dossiê: Desenvolvimento Rural Sustentável. p.129-146. jan./jun. 2018. UFMS, CAMPUS DO PANTANAL • Curso de Geografia / Mestrado em Estudos Fronteiriços. Disponível em: <http://desafioonline.ufms.br/index.php/revgeo/article/view/6291/4959>. Acesso em: 20 jun. 2019.

PAZ DE LIMA, P.J. **Avaliação da qualidade de vida e transtornos mentais comuns de residentes em áreas rurais**. 2014, 241 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014. Disponível em: [http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312696/1/PazdeLima\\_PauloJunior\\_D.pdf](http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312696/1/PazdeLima_PauloJunior_D.pdf). Acesso em: 30 abr. 2019.

PEREIRA, A P; STEIN, Helena. Política social: universalidade versus focalização. Um olhar sobre a América Latina. In: BOSCHETTI, Ivanete. *et al.* (Orgs). **Capitalismo em Crise, Política Social e Direitos**. São Paulo: Cortez, 2008.

PERES, Frederico. Saúde, trabalho e ambiente no meio rural brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(6):1995-2004, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n6/07.pdf>. Acesso em: 05 maio 2019.

PIRES, Elson L.S. As lógicas territoriais do desenvolvimento: diversidades e regulação. **Interações Revista Internacional de Desenvolvimento Local**. Vol. 8, N. 2, p. 155-163, Set. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/inter/v8n2/a02v08n2.pdf>. Acesso em: mar. 2020.

PIRES, Marília Freitas de Campos. **O Materialismo Histórico-Dialético e a Educação**. Texto apresentado na mesa-redonda Paradigmas de Interpretação da Realidade e Projetos Pedagógicos, organizada pelas disciplinas de Pedagogia Médica e Didática Especial dos Cursos de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da UNESP, campus de Botucatu, em agosto de 1996. São Paulo: 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v1n1/06.pdf>. Acesso em: abr. 2020.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12):4579-4589, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02.pdf>. Acesso em: jun. 2020.

POLETTO, A.R.; GONTIJO, L.A. A saúde mental. *In: ANAIS DO XXXIII ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO*. ABREPO - Associação Brasileira de Engenharia de Produção. A Gestão dos Processos de Produção e as Parcerias Globais para o Desenvolvimento Sustentável dos Sistemas Produtivos, Salvador. 2013. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/publicacoes/>. Acesso em: maio 2019.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em: [file:///C:/Users/Ines/Downloads/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-uma-pequena-revisao-marcus-vinicius-polignano-\[16-200511-SES-MT\]%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ines/Downloads/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-uma-pequena-revisao-marcus-vinicius-polignano-[16-200511-SES-MT]%20(1).pdf). Acesso: jun. 2019.

PORTO, M.F de S. **Uma ecologia política dos riscos**: princípios para integrarmos o local na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PRATES, Angela Maria Moura Costa. Questão ambiental e Serviço Social: uma análise a partir da perspectiva marxista. **Sociedade em Debate**, n.21, 2015. Disponível em: <http://www.rle.ucpel.tche.br/>. Acesso em: maio 2015.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social**: métodos e técnicas/ Roberto Jarry Richardson; colaboradores José Augusto de Souza Peres *et al.* 3.ed. 15. reimpr. São Paulo: Atlas, 2014.

RINGGENBERG, W. **Novas evidências relacionam doenças mentais e suicídio de agricultores a uso de pesticidas**. (Tradução: Henrique Mendes). Disponível em: <http://contraosagrotoxicos.org/novas-evidencias-relacionam-doencas-mentais-e-suicidio-de-agricultores-a-uso-de-pesticidas/>. Acesso em: 28 ago. 2017.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. Campinas, SP: 2000.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2.ed. São Paulo, Cortez, 2008.

ROSSINI, Neusa; ROTTA, Edeimar; BORKOVSKI, Andréia. **Políticas públicas sociais e desenvolvimento**: tecendo relações. 2017. Disponível em: <https://www.uffs.edu.br/campi/cerro-largo/repositorio-ccl/anais-viii-simposio->

iberoamericano-de-cooperacao-para-o-desenvolvimento-e-a-integracao-regional/politicas-publicas-e-desenvolvimento-tecendo-relacoes. Acesso em: jul. 2020.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. *In*: BEZERRA, B.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospícios** - contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

SACHS, I. Desenvolvimento incluyente, sustentável, sustentado. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

SALVADOR, D.S.C.O. Modernização da agricultura versus desenvolvimento territorial: reflexões sobre a atividade mandiocqueira no Agreste Potiguar. **Sociedade e Território**, v. 23, n.1, p. 2 – 20, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/sociedadeeterritorio/article/viewFile/3508/2821>. Acesso em: 04 abr. 2019.

SALVADOR, Evilásio. Financiamento tributário da política social no pós-real. *In*. Evilasio Salvador *et al* (Orgs). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

SAMPAIO, J.J.C.; HITOMI, A.H.; RUIZ, E.M. Saúde e trabalho: uma abordagem do processo e jornada de trabalho. *In*: CODO, W.; SAMPAIO, J.J.C. (Orgs). **Sofrimento psíquico nas organizações**: saúde mental e trabalho. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 65-84.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Direitos humanos, democracia e desenvolvimento**/ Boaventura de Souza Santos, Marilena Chauí. São Paulo: Cortez, 2013.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.

SANTOS, M. **Por uma Geografia Nova**. São Paulo: Hucitec, Edusp, 1978.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. 10. ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia A; SILVEIRA, Marta Laura., território, Globalização e fragmentação. 4.ed. Editora Hucitec: São Paulo. 1998.

SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos. Direitos, igualdade e diversidade. *In*: **Política social no Capitalismo**: tendências contemporâneas. Ivanete Boschetti. *et al* (Orgs). São Paulo: Cortez, 2010.

SAQUET, Marcos Aurélio. **As diferentes abordagens do território e a apreensão do movimento e da (i)materialidade**. Geosul, v.22, n.43, 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/geosul/article/viewFile/12646/11806>. Acesso em: mar. 2020.

SAQUET, Marcos Aurélio. Contribuições teórico-metodológicas para uma abordagem territorial multidimensional em geografia agrária. *In*: SAQUET, Marcos Aurélio. SAQUET, Marcos Aurélio. SUZUKI, Júlio Cesar. MARAFON, Gláucio José. (Org.) **Territorialidades**

**e diversidade nos campos e nas cidades latino-americanas e francesas.** 1.edi. São Paulo: Outras Expressões, 2011.

SAQUET, Marcos Aurélio. **Os tempos e os territórios da colonização italiana.** Porto Alegre: EST Edições, 2003.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos.** Rio de Janeiro: WVA, 1997. Disponível em: [saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866\\_02\\_12\\_2011.html](http://saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html). Acesso em: abr. 2019.

SCHNEIDER, S. Situando o desenvolvimento rural no Brasil: o contexto e as questões em debate. **Revista de Economia Política**, v. 30, nº 3, pp 511-531, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-31572010000300009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31572010000300009). Acesso em: 27 ago. 2017.

SCHNEIDER, S. **Tendências e temas dos estudos sobre desenvolvimento rural no Brasil.** Versão Ampliada. Trabalho apresentado no Congresso Europeu de Sociologia Rural. Wageningen, Holanda, 20-24 agosto, 2007.

SEN, A.K. **Desenvolvimento como liberdade.** Tradução Laura Teixeira Mota. Revisão técnica de Ricardo Doniselli Mendes. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SILVA, Aida Maria Monteiro. e TIRIBA, Léa. (Orgs) **Direito ao meio ambiente como direito à vida: desafios para a educação em Direitos Humanos.** 1.ed. São Paulo: Cortez, 2014.

SILVA, Mara Regina Santos da; ELSÉN, Ingrid.; LACHARITÉ, Carl. **Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área.** 2003. Paidéia, 2003. 13(26), 147-156. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/paideia/v13n26/03.pdf>. Acesso em: jun. 2020.

SILVA, Paulo Roberto Fagundes da. **Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica: avaliação de resultados de uma experiência de dispositivos residenciais comunitários.** Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para Doutorado em Saúde Pública. Rio de Janeiro, setembro de 2005. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4456/2/256.pdf>. Acesso em: maio 2020.

SILVA, JOSÉ GRAZIANO DA. Velhos e novos mitos do rural brasileiro. Estudos Avançados. *versão impressa* ISSN 0103-4014 *versão On-line* ISSN 1806-9592. **Estud. av. v.15 n.43 São Paulo set./dez. 2001. Disponível em:**

<https://doi.org/10.1590/S0103-40142001000300005>. Acesso em: 05 de maio 2020.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social.** 4.ed. São Paulo: Cortez, 2010. (Biblioteca Básica do Serviço Social; v.3)

SOALHEIRRO, Nina; MARTINS, Desiane. A atenção Psicossocial e a (Des)institucionalização como eixo de cuidado. *In: Saúde mental para a Atenção Básica.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

SOUZA, Celina. **Políticas públicas**: questões temáticas e de pesquisa. Caderno CRH, Salvador, n. 39, jul./dez. 2003. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1600215/mod\\_resource/content/2/T2%20Celina%20Souza%20Políticas%20publicas%20RCRH-2006-273.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1600215/mod_resource/content/2/T2%20Celina%20Souza%20Políticas%20publicas%20RCRH-2006-273.pdf). Acesso em: mar. 2020.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira et al. **Assistência nas trajetórias das políticas sociais brasileiras**: uma questão em análise. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de atenção à saúde**: vigilância e saúde da família. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/f7/pdf/teixeira-9788523209209.pdf>. <http://books.scielo.org>. Acesso em: jun. 2020.

TEIXEIRA, Solange Maria. Política Social Contemporânea: a família como referência para as políticas sociais e para o trabalho social. In MIOTO, Regina Célia Tamasso. CAMPOS, Marta Silva., CARLOTO, Cássia Maria. (Orgs). **Familismo, direitos e cidadania**: contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015.

THIEDE, Michael; AKWEONGO, Patricia; MCINTYRE, Di. Explorando as dimensões do acesso. In. McIntyre, Di; Mooney, Gavin. **Aspectos econômicos da equidade em saúde**/ organizado por Di McIntyre e Gavin Mooney./ tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014. p.137-161.

TOLEDO. **Decreto Municipal 255/2006**. Denomina o Centro de Atenção Psicossocial implantado pela Secretaria da Saúde do município de Toledo. 27/04/2006. Disponível em: [http://www.toledo.pr.gov.br/sapl/consultas/norma\\_juridica/norma\\_juridica\\_mostrar\\_proc?cod\\_norma=8589](http://www.toledo.pr.gov.br/sapl/consultas/norma_juridica/norma_juridica_mostrar_proc?cod_norma=8589). Acesso em: maio 2020.

TOLEDO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **CAPS I**: novo serviço da saúde mental é oferecido em Toledo. 2019, Suzi.Lira. 17 de setembro de 2019 at 16:42h. Disponível em: <https://www.toledo.pr.gov.br/noticia/caps-i-novo-servico-da-saude-mental-e-oferecido-em-toledo>. Acesso em: jun. de 2020.

TOLEDO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. 2018-2021. 2017. Acesso por meio digital.

UNIOESTE. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Conselho de Ensino e Pesquisa e Extensão. **Resolução Nº 222/2016-CEPE, de 6 de outubro de 2016**. Aprova o projeto pedagógico do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural Sustentável - Mestrado e Doutorado, do campus de Marechal Cândido Rondon. Disponível em: [http://portalpos.unioeste.br/media/File/lizete.fredo/PPP\\_Mest\\_\\_Dout\\_2017\\_Res\\_222-2016-CEPE.pdf](http://portalpos.unioeste.br/media/File/lizete.fredo/PPP_Mest__Dout_2017_Res_222-2016-CEPE.pdf). Acesso em: mar. 2020.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In G. W. S. CAMPOS *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Reforma Psiquiátrica, Tempos Sombrios e Resistência**: Diálogos com o Marxismo e o Serviço Social. Papel Social, 2016.

VIEIRA, Osvaldo. **Os direitos e a política social**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

WANDERLEY, Maria de Nazareth B. **A emergência de uma nova ruralidade nas sociedades modernas avançadas**: o “rural” como espaço singular e ator coletivo. *Estudos Sociedade e Agricultura*, 15, out. p. 87-145, 2000.

WANDERLEY, Maria de Nazareth Baudel. A emergência de uma nova ruralidade nas sociedades modernas avançadas – o “rural” como espaço singular e ator coletivo. **Revista Estudos Sociedade e Agricultura**, v. 8, n. 2. 2013. Disponível em: <https://revistaesa.com/ojs/index.php/esa/article/view/178/174>. Acesso em: 30 ago. 2019.

WANDERLEY, Maria de Nazareth Baudel.; FAVARETO, A. A singularidade do rural brasileiro: implicações para tipologias territoriais e a elaboração de políticas públicas. Parte 3, Pag. 413 a 473. *In*: MIRANDA, C. SILVA, H. **Concepções da ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras**. Brasília: IICA, 2013. (Série Desenvolvimento Rural Sustentável; v.21) 476 p.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 78-80, p. 27-37, jan.-dez. 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>. Acesso em: jul. 2020.

ZONINI, W.; BRANDENBURG, A. Agroecologia, transição agroecológica e mudança ambiental. *In*. ALFIO; FERREIRA, DAMASCENO, Angela Duarte. (Orgs). **Agricultores ecológicos e o ambiente rural**: visão interdisciplinar. Brandenburg, São Paulo: Ed. Annablumen, 2012.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A**  
**DECLARAÇÃO DE INÍCIO DE COLETA DE DADOS**

**DECLARAÇÃO**

**Título do projeto:** SAÚDE MENTAL E O ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS: direitos no espaço de vida e trabalho no meio rural.

**Pesquisadora responsável:** Inês Terezinha Pastório

**Pesquisadora colaboradora:** Marli Renate von Borstel Roesler

As pesquisadoras do projeto acima identificado declaram que a coleta de dados não foi iniciada e somente iniciará após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

**TOLEDO, \_\_\_\_\_ de janeiro de 2019.**

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura da pesquisadora responsável

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura da pesquisadora colaboradora

**APÊNDICE B**  
**TERMO DE USO DE DADOS EM ARQUIVOS**

**TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO**

**Título do Projeto:** SAÚDE MENTAL E O ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS: direitos no espaço de vida e trabalho no meio rural.

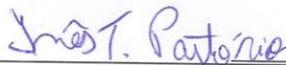
**Pesquisadora responsável:** Inês Terezinha Pastório

**Pesquisadora colaboradora:** Marli Renate von Borstel Roesler

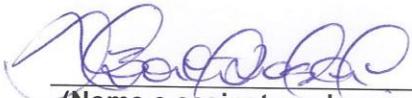
As pesquisadoras do projeto acima identificadas assumem o compromisso de:

1. preservar a privacidade dos sujeitos de pesquisa e dados coletados
2. preservar as informações que serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão
3. divulgar as informações somente de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa
4. respeitar todas as normas da Resolução 466/2012 CNS/MS e suas complementares na execução deste projeto.

Toledo, 95 de Janeiro de 2019.



\_\_\_\_\_  
(Nome e assinatura da pesquisadora responsável)



\_\_\_\_\_  
(Nome e assinatura da pesquisadora colaboradora)

**APÊNDICE C**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**  
**USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL**

**Termo de consentimento livre e esclarecido usuários dos serviços de  
saúde mental – TCLE**

**Título do Projeto:** SAÚDE MENTAL E O ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS: direitos no espaço de vida e trabalho no meio rural.

Pesquisadora responsável: Inês Terezinha Pastório – Fone: (45) 9912 7479

Pesquisadora colaboradora: Marli Renate Von Borstel Roesler - Fone: (45) 99972 1937

Convidamos o Sr/Sra a participar de nossa pesquisa que tem como objetivos:

**Geral**

Verificar como se dá o acesso da população rural ao serviço de atenção à saúde mental em suas diferentes modalidades em municípios que compõe a regional de saúde de Toledo Paraná.

**Específicos**

- Identificar a percepção que as famílias do meio rural, com pessoas com transtorno mental, têm sobre o transtorno mental e atendimento à saúde mental;
- Verificar se a população rural conhece os serviços de atenção à saúde mental;
- Identificar se tem e de que forma tem acesso a estes;
- Se as formas de acesso contribuem para melhora ou piora do quadro da doença;
- Se o trabalho rural e suas condições contribuem para o adoecer mental.

Será aplicado um questionário contendo 04 blocos com questões, sendo bloco 1. identificação da pessoa com transtorno mental; 2 dados da pesquisa (trabalho, rotina de trabalho) 3. Do tratamento à saúde na atenção básica e do acesso; 4 Do acesso ao tratamento em saúde mental; com questões fechadas e abertas, para os usuários dos serviços de saúde mental com a finalidade de buscar informações voltadas ao acesso à saúde mental e

**APÊNDICE D**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**  
**FAMILIARES DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL**

**Termo de consentimento livre e esclarecido – familiar dos usuários dos serviços de saúde mental – TCLE**

**Título do Projeto:** SAÚDE MENTAL E O ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS: direitos no espaço de vida e trabalho no meio rural.

Pesquisadora responsável: Inês Terezinha Pastório – Fone: (45) 9912 7479

Pesquisadora colaboradora: Marli Renate Von Borstel Roesler - Fone: (45) 99972 1937

Convidamos o Sr/Sra a participar de nossa pesquisa que tem como objetivos:

**Geral**

Verificar como se dá o acesso da população rural ao serviço de atenção à saúde mental em suas diferentes modalidades em municípios que compõe a regional de saúde de Toledo Paraná.

**Específicos**

- Identificar a percepção que as famílias do meio rural, com pessoas com transtorno mental, têm sobre o transtorno mental e atendimento à saúde mental;
- Verificar se a população rural conhece os serviços de atenção à saúde mental;
- Identificar se tem e de que forma tem acesso a estes;
- Se as formas de acesso contribuem para melhora ou piora do quadro da doença;
- Se o trabalho rural e suas condições contribuem para o adoecer mental.

Será aplicado um questionário contendo 04 blocos sendo: 1. Uso de agrotóxicos; 2. Alimentação; 3. Saneamento e água e o 4. Saúde Mental; com questões fechadas e abertas, para os familiares dos usuários dos serviços de saúde mental com a finalidade de buscar informações gerais relacionadas a saúde e saúde mental, ao acesso aos serviços de saúde e saúde mental e a percepção sobre transtorno mental.

## APÊNDICE E TCLE PARA GESTORES

### Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Para Gestores)

Título do Projeto: **SAÚDE MENTAL E O ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS: direitos no espaço de vida e trabalho no meio rural.**

Pesquisadora responsável: Inês Terezinha Pastório – Fone: (45) 9912 7479

Pesquisadora colaboradora: Marli Renate Von Borstel Roesler - Fone: (45) 99972 1937

Convidamos o Sr/Sra a participar de nossa pesquisa que tem como objetivos:

#### Geral

Verificar como se dá a garantia de acesso da população rural ao serviço de atenção à saúde mental em suas diferentes modalidades em municípios que compõe a regional de saúde de Toledo Paraná.

#### Específicos

- Identificar a percepção que as famílias do meio rural, com pessoas com transtorno mental, têm sobre o transtorno mental e atendimento à saúde mental;
- Verificar se a população rural conhece os serviços de atenção à saúde mental;
- Identificar se tem e de que forma tem acesso a estes;
- Se as formas de acesso contribuem para melhora ou piora do quadro da doença;
- Se o trabalho rural e suas condições contribuem para o adoecer mental.

No decorrer da pesquisa será buscado dados referentes a saúde mental nos municípios elencados para a pesquisa (Toledo, Marechal Candido Rondon e Diamante do Oeste) junto as Secretarias Municipais de Saúde, CISCOPAR, 20ª Regional de Saúde, com a finalidade de buscar informações voltadas aos serviços ofertados para a população, número de municípios que fazem

**APÊNDICE F**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTAS AOS USUÁRIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE**  
**MENTAL**

pesquisadora responsável: Inês Terezinha Pastório – Fone: (45) 9912 7479

pesquisadora colaborador: Marli Renate von Borstel Roesler - (45) 999721937

**5. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL**

Idade:

18 – 25 anos

25 – 35 anos

35 – 45 anos

45 - 55 anos

55 – 65 anos

Sexo:

Masculino  Feminino

Escolaridade:

Analfabeto(a)

Ensino fundamental Incompleto

Ensino fundamental completo  Ensino médio incompleto

Ensino médio completo  Ensino Superior Completo

Composição familiar:

Esposa(o)

Filhos

Pai, mãe

Enteados

Outros \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Natural de: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

**6. DADOS DA PESQUISA**

TRABALHO:

na propriedade

assalariado rural  arrendatário

Misto

Outro Qual? \_\_\_\_\_

É proprietário de algum imóvel rural?

sim  não

Tamanho da propriedade alqueires.: \_\_\_\_\_

Qual a principal atividade desenvolvida na propriedade? Desde quando?

---



---

Antes que atividade desenvolvia?

---



---



---

**Rotina de trabalho**

Você considera que o trabalho que realiza ou realizava no meio rural ou na propriedade onde realiza suas atividades contribuiu para o seu adoecimento mental?

( ) sim ( ) não

Por quê?

---



---



---

Quais os fatores que você considera que mais contribuíram para seu adoecimento?

---



---



---

**7. DO TRATAMENTO À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA E DO ACESSO**

Na localidade onde residem tem Unidade Básica de Saúde – UBS ou Estratégia de Saúde da Família- ESF?

( ) Sim ( ) Não

Se tem é:

( ) UBS

( ) ESF

Utiliza a atenção básica oferecida no município pelo SUS?

( ) Sim

( ) Não

Se utilizada como define o atendimento?

---



---

Quais são os serviços buscados por você?

---



---

Está realizando algum tratamento em saúde mental?

( ) Sim

( ) Ambulatorial ( ) CAPS I ( ) CAPS II ( ) CAPS AD ( ) Outros

Há quanto tempo esta em tratamento?

( ) menos de 1 ano ( ) de 1 a 3 anos ( ) de 3 a 6 anos ( ) mais de 6 anos

Quantos atendimentos você tem por mês?

( ) apenas um atendimento ( ) dois atendimentos  
( ) três atendimentos ( ) quatro ou mais atendimentos

( ) Não

Porque?

( ) Recebeu alta  
( ) Parou o tratamento por decisão própria  
( ) Parou o tratamento por decisão da família.  
( ) outro qual: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo parou o tratamento?

( ) menos de 1 ano ( ) de 1 a 3 anos ( ) de 3 a 6 anos ( ) mais de 6 anos

Qual o diagnóstico que lhe foi atribuído?

\_\_\_\_\_

Você faz consulta com psiquiatra?

( ) sim ( ) não

Se consulta com psiquiatra, a consulta é no município onde reside?

( ) sim ( ) não

Porque: \_\_\_\_\_

Se não consulta no município como vai para o município onde é feito o acompanhamento?

( ) Ônibus de linha  
( ) Ambulância ou van fornecido pelo município  
( ) Carro próprio?  
( ) outro \_\_\_\_\_

Qual a despesa que você tem nesse deslocamento?

\_\_\_\_\_

Com qual periodicidade você faz acompanhamento psiquiátrico?

( ) mensal ( ) bimestral ( ) trimestral

Outro: \_\_\_\_\_

Se não faz acompanhamento com psiquiatra como realizado o tratamento?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 8. DO ACESSO AO TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL

Onde são oferecidos esses atendimentos?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

São realizadas atividades, esportivas, arte-terapia, relaxamento, psicologia, Serviço Social, etc.?

---



---

Para ir para os atendimentos precisa de acompanhamento de familiar?

sim  não

Se precisa, quem o acompanha?

---

O acesso aos atendimentos é realizado de que maneira?

carro próprio  carona  ônibus

ônibus/van do município

outros. Quais?

---

Aproximadamente quantos km precisa se deslocar para o acesso aos atendimentos?

até 10 km  de 10 a 20 km  mais de 20km

Qual o custo desse deslocamento para você e sua família?

até R\$ 10,00  de R\$ 11,00 a R\$ 20,00  Mais de R\$ 20,00

Outro:

---

Teve ou tem alguma dificuldade para ter acesso aos atendimentos em saúde mental que necessita?

---

De que forma tem acesso às informações dos atendimentos que precisa?

rádio  TV  jornais  internet  outro.

Qual?

---

Você recebe auxílio doença ou outro benefício devido à sua doença?

sim  não

Se sim, qual?

---

O que significa para você ter transtorno mental?

---



---

Na sua compreensão o que é transtorno mental?

---



---

Palavra livre:

---



---

**APÊNDICE G**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTAS AO FAMILIAR RESPONSÁVEL PELA PESSOA**  
**COM TRANSTORNO MENTAL**

Roteiro de entrevistas ao familiar responsável pela pessoa com transtorno mental

**1. USO DE AGROTÓXICO**

Utilizam agrotóxicos para o cultivo na propriedade?

( ) sim      ( ) não

Se utilizam agrotóxicos consomem estes produtos ou cultivam para o consumo próprio sem o uso de agrotóxico?

---

---

Se utilizam agrotóxico usam equipamentos de segurança- EPIs?

( ) sim      ( ) não

Se utilizam os EPIs, quais equipamentos fazem uso?

---

---

Se não utilizam os EPIs, porque não fazem o uso?

---

---

Tem conhecimento dos benefícios que os EPIs trazem à saúde?

---

---

Conhecem os risco que correm ao não utilizarem os EPIs?

( ) sim      ( ) não

É feito com auxílio de máquina ou manualmente?

---

---

Se não utilizam agrotóxico porque não utilizam?

---

---

Como controlam as pragas na produção na propriedade?

---

---

Por que não utilizam?

---

---

Acreditam que os agrotóxicos podem causar depressão ou algum outro tipo de transtorno mental ou doença física?

( ) sim      ( ) não

Quais?

---

---

## 2. ALIMENTAÇÃO:

Para a alimentação de vocês cultivam horta?

( ) sim ( ) não

Por quê?

---

---

Usam agrotóxicos na horta?

( ) sim ( ) não

Por quê?

---

---

E pomar vocês tem na propriedade?

( ) sim ( ) não

Quais frutíferas cultivam?

---

---

Usam agrotóxicos no pomar?

( ) sim ( ) não

Por quê?

---

---

Criam animais para consumo próprio?

( ) sim ( ) não

Se não onde adquirem as carnes para consumo?

---

---

Se sim, têm algum cuidado especial em relação à alimentação dos animais?

Se sim quais são esses cuidados?

---

---

## 3. SANEAMENTO E ÁGUA:

Vocês possuem rede de água tratada?

( ) sim ( ) não

Se não tem rede tratada utilizam água de:

poço  mina

Na propriedade há Sistema de tratamento de resíduos?

sim  não

Se sim, a sua casa está ligada ao sistema de tratamento?

sim  não

Se não, por quê?

---

---

Há sistema de coleta de lixo aqui no assentamento?

sim  não

Se não, qual o destino dado ao lixo?

---

---

jogado a céu aberto,  feito compostagem  usados para alimento de animais

Outro: \_\_\_\_\_

Qual o destino dados ao lixo tipo plástico, papel, metais, etc. ?

---

---

Possui energia elétrica na propriedade?

Sim  Não

Tem alguma forma de produção de energia na propriedade?

Sim  Não

Se sim qual tipo de energia?

---

Vocês possuem automóvel ou outro tipo de transporte para ir para a sede do município, passeios, enfim para as atividades que necessitam fazer fora da propriedade?

Sim  Não

Se sim, qual o meio de transporte que possuem?

---

---

Se não como fazem os percursos que necessitam?

---

---

E como é o acesso a esse meio de transporte, em relação a distância de casa, horários, valores, etc.?

---



---

Na sua compreensão o que é transtorno mental?

---



---

O que significa para você ter uma pessoa da família com transtorno mental?

---



---

Ao que você atribui o adoecimento desta pessoa?

---



---

O que você acha do atendimento básico em saúde no município?

---



---

Você conhece os serviços oferecidos em atenção básica em saúde no seu município?

( ) sim ( ) não

Se sim quais são e o que acha da qualidade deles?

---



---

Você conhece os serviços de saúde mental que tem no município?

---



---

O que você acha do atendimento em saúde mental para seu familiar?

---



---

Como você e seu familiar acessam o atendimento em saúde mental?

---



---

Como avaliam o atendimento feito?

---



---

Vocês consideram que o tratamento ele contribui para melhora quadro da doença.

( ) sim ( ) não

Por quê?

---



---

Como recebem as informações? Rádio, TV, internet, ....

---

---

Palavra livre:

---

---

## APENDICE H

### ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS GESTORES DOS SERVIÇOS

**Roteiro de Entrevista aos Gestores da Política de Saúde nos Municípios Alvo da Pesquisa: SAÚDE MENTAL E O ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS:** direitos no espaço de vida e trabalho no meio rural.

Pesquisadora responsável: Inês Terezinha Pastório – Fone: (45) 9912 7479

Pesquisadora colaboradora: Marli Renate von Borstel Roesler - (45) 999721937

1. Quais os serviços de saúde mental ofertados pelo município à população do meio rural?
2. Como é organizada a oferta dos serviços de Saúde Mental à população do meio rural no seu município?
3. Como você vê esta oferta dos serviços de Saúde Mental às pessoas que precisam dele?
4. Esta oferta é suficiente para atender a demanda?
5. A qualidade da oferta pode ser melhorada?
6. Você considera fácil o acesso a este serviço?
7. De que forma as informações dos serviços de Saúde Mental são oferecidas à população rural?
8. Como chega a demanda em saúde mental no meio rural aos serviços de Saúde e Saúde Mental?
9. Em quais localidades rurais do município ocorre a maior demanda por serviços em Saúde Mental?
10. Existe alguma dificuldade da gestão em atender às demandas em Saúde Mental da população rural do município? Qual(is)?
11. E, se sim, como poderia ser superada para facilitar ainda mais o acesso das pessoas ao serviço especializado em Saúde Mental?
12. Há um orçamento específico para os serviços de Saúde Mental? Qual(is)? Como é previsto?
13. Há conferência específica em Saúde Mental no município? Se sim, esta abrange a população do meio rural? Se não, há previsão da realização?

**ANEXOS**

**ANEXO A**  
**AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA USO DE DADOS**

**TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO CAMPO DE ESTUDO**

**Título da pesquisa:** SAÚDE MENTAL E O ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS: direitos no espaço de vida e trabalho no meio rural.

**Pesquisadora responsável:** Inês Terezinha Pastório  
**Pesquisadora colaboradora:** Marli Renate von Borstel Roesler

**Local de estudo:** CISCOPAR - Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná

**Responsável pelo local de realização da pesquisa:** Marlei Friedrich

As pesquisadoras acima identificadas estão autorizados a realizar a pesquisa e a coleta dados, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos, assegurando sua confidencialidade e o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa segundo as normas da Resolução 466/2012 CNS/MS e suas complementares.

Toledo, 03 de fevereiro de 2019.

*Marlei Friedrich*  
Secretária Executiva  
CISCOPAR

\_\_\_\_\_  
Nome(s) e assinatura(s) do responsável pelo campo da pesquisa

**TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO CAMPO DE ESTUDO**

**Título da pesquisa:** SAÚDE MENTAL E O ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS: direitos no espaço de vida e trabalho no meio rural.

**Pesquisadora responsável:** Inês Terezinha Pastório  
**Pesquisadora colaboradora:** Marli Renate von Borstel Roesler

**Local de estudo:** Secretaria de Saúde do Município de Toledo

**Responsável pelo local de realização da pesquisa:** Denise Liell

As pesquisadoras acima identificadas estão autorizadas a realizar a pesquisa e a coleta dados os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos, assegurando sua confidencialidade e o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa segundo as normas da Resolução 466/2012 CNS/MS e suas complementares.

Toledo, 25 de junho de 2019.



**Denise Liell**  
 Secretária da Saúde  
 Portaria nº 262, de 11/06/2018

Nome(s) e assinatura(s) do responsável pelo campo da pesquisa

**TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO CAMPO DE ESTUDO**

**Título da pesquisa:** SAÚDE MENTAL E O ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS: direitos no espaço de vida e trabalho no meio rural.

**Pesquisador responsável:** Inês Terezinha Pastório  
**Pesquisador colaborador:** Marli Renate von Borstel Roesler

**Local de estudo:** Secretaria de Saúde

**Responsável pelo local de realização da pesquisa:** Marciane Maria Specht

Os pesquisadores acima identificados estão autorizados a realizarem a pesquisa e coletar dados, preservando as informações referentes aos sujeitos de pesquisa, divulgando-as exclusivamente para fins científicos apenas anonimamente, respeitando todas as normas da resolução nº 466/2012 do CNS e suas complementares.

Toledo, 25 de Janeiro de 2019.

\_\_\_\_\_  
**Nome(s) e assinatura(s) do responsável pelo campo da pesquisa**

MARCIANE MARIA SPECHT  
CPF 003.926.889-64  
Secretária de Saúde  
Port. 006/2017 – 02/01/2017

**TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO CAMPO DE ESTUDO**

**Título da pesquisa:** SAÚDE MENTAL E O ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS: direitos no espaço de vida e trabalho no meio rural.

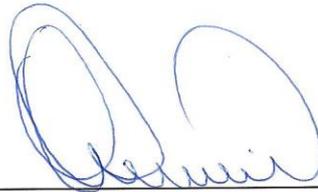
**Pesquisadora responsável:** Inês Terezinha Pastório  
**Pesquisadora colaboradora:** Marli Renate von Borstel Roesler

**Local de estudo:** Secretaria de Saúde do Município de Diamante do Oeste

**Responsável pelo local de realização da pesquisa:** Ornélio Wolschick

As pesquisadoras acima identificadas estão autorizadas a realizar a pesquisa e a coleta dados, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos, assegurando sua confidencialidade e o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa segundo as normas da Resolução 466/2012 CNS/MS e suas complementares.

Toledo, 11 de janeiro de 2019.



ORNÉLIO WOLSCHICK  
Secretário de Saúde  
Decreto 784/2017

Nome(s) e assinatura(s) do responsável pelo campo da pesquisa

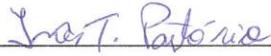
## ANEXO B

### FOLHA DE ROSTO DA PESQUISA



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

#### FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: SAÚDE MENTAL E O ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS: direitos no espaço de vida e trabalho no meio rural			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 48			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 5. Ciências Agrárias			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: INES TEREZINHA PASTÓRIO			
6. CPF: 644.070.559-87	7. Endereço (Rua, n.º): TOMAZ GONZAGA VILA PIONEIRO 1267 TOLEDO PARANA 85909280		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (45) 9912-7479	10. Outro Telefone:	11. Email: inespastorio@hotmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do paramProjeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao paramProjeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>24 / 01 / 2019</u>		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome: Universidade Estadual do Oeste do Paraná/ UNIOESTE	13. CNPJ:	14. Unidade/Órgão: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde CCBS - UNIOESTE	
15. Telefone: (45) 3220-3272	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Wilson João Zonin</u>	CPF: <u>443.604.790-34</u>	 <b>Wilson João Zonin</b> Coordenador do PPGDRS Portaria nº 4882/2018 - GRE	
Cargo/Função: <u>Coordenador do PPGDRS</u>	Assinatura		
Data: <u>24 / 01 / 2019</u>			
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			

## ANEXO C

UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** SAÚDE MENTAL E O ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS: direitos no espaço de vida e trabalho no meio rural

**Pesquisador:** INES TEREZINHA PASTÓRIO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 07659119.7.0000.0107

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde CCBS - UNIOESTE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.178.550

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de doutorado, que será desenvolvido em comunidades rurais pertencentes a 20a Regional de saúde.

O Projeto apresenta de forma clara os elementos necessários para o desenvolvimento da pesquisa. Descreve os motivos da pesquisa, o contexto no qual ela será desenvolvida, também a metodologia a ser desenvolvida.

**Objetivo da Pesquisa:**

"Verificar como se dá a garantia de acesso da população rural ao serviço de atenção à saúde mental em suas diferentes modalidades em três municípios que compõe a 20a Regional de Saúde de Toledo – Paraná, Toledo, Marechal Cândido Rondon e Diamante D'Oeste."

Os objetivos estão coerentes com a metodologia proposta. Os documentos apresentados têm relação com os objetivos, geral e específicos. A pesquisa apresenta relevância social e acadêmica.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa, conforme apresentada, não apresenta riscos aos pesquisados. Também há a informação de que a equipe de pesquisadores estão preparadas para qualquer eventual situação.

Riscos: "Esta pesquisa não apresente riscos à integridade do sujeito. contudo as componentes da equipe estão preparadas para adotar posturas que apoiem as pessoas que estarão respondendo o questionário, e contribuindo na coleta de dados caso forem observadas quaisquer reações que

**Endereço:** RUA UNIVERSITARIA 2069

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**UF:** PR

**Telefone:** (45)3220-3092

**Município:** CASCAVEL

**CEP:** 85.819-110

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.178.550

demonstre constrangimento ou até mesmo alterações emocionais.

Benefícios: "Os resultados obtidos através desta pesquisa podem subsidiar tomadas de decisões dos órgãos governamentais, bem como privados, comprometidos com o desenvolvimento social, a investir maiores recursos no meio rural como instrumento de inclusão social e, com isso, garantir a permanência da população nas áreas rurais e garantir o acesso aos direitos fundamentais, dentre eles o da sustentabilidade, efetivando o atendimento as necessidades da população no meio onde vivem, podendo se deslocar da área rural para a urbana com facilidade e acessar os serviços existentes".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta relevância social e científica, principalmente para a região na qual será desenvolvida, que tem característica rural. Apresenta todos os documentos e informações necessárias para seu desenvolvimento.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos estão claros e objetivos, foram utilizados termos claros, dispensando termos científicos, o que os torna de fácil entendimento para os participantes da pesquisa. Estão assinados e anexados.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O trabalho apresenta consistência teórica, próprio para um trabalho em nível de doutorado. Os objetivos, a justificativa e a metodologia permitem estão claros, permitindo o desenvolvimento da pesquisa conforme cronograma apresentado pelos pesquisadores. O parecer é favorável a aprovação.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1287707.pdf	10/02/2019 08:57:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	10/02/2019 08:55:10	INES TEREZINHA PASTÓRIO	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	07/02/2019 15:40:49	INES TEREZINHA PASTÓRIO	Aceito

**Endereço:** RUA UNIVERSITARIA 2069

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**CEP:** 85.819-110

**UF:** PR **Município:** CASCAVEL

**Telefone:** (45)3220-3092

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.178.550

Brochura Pesquisa	questionario_usuarios_do_servico.docx	07/02/2019 15:34:43	INES TEREZINHA PASTÓRIO	Aceito
Brochura Pesquisa	questionario_ao_familiar_responsavel_p ela_pessoa_com_transtorno_mental.doc x	07/02/2019 15:25:13	INES TEREZINHA PASTÓRIO	Aceito
Brochura Pesquisa	entrevista_gestores.docx	07/02/2019 15:25:02	INES TEREZINHA PASTÓRIO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_coleta_de_dados.docx	07/02/2019 15:07:06	INES TEREZINHA PASTÓRIO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_coleta_de_dados.pdf	07/02/2019 14:59:04	INES TEREZINHA PASTÓRIO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_uso_de_dados_em_arquivos. docx	07/02/2019 14:58:22	INES TEREZINHA PASTÓRIO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_uso_de_dados_em_arquivos.pdf	07/02/2019 14:56:24	INES TEREZINHA PASTÓRIO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_ciencia_marechal_candido_rondo n.docx	07/02/2019 14:49:52	INES TEREZINHA PASTÓRIO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termocienciaticospar.docx	07/02/2019 14:49:28	INES TEREZINHA PASTÓRIO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termoDiamante.pdf	07/02/2019 14:46:37	INES TEREZINHA PASTÓRIO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_ciencia_diamantedoeste.docx	07/02/2019 14:46:05	INES TEREZINHA PASTÓRIO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termocienciaticospar.pdf	07/02/2019 14:45:17	INES TEREZINHA PASTÓRIO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termocienciatoledo.pdf	07/02/2019 14:42:31	INES TEREZINHA PASTÓRIO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termocienciatoledo.docx	07/02/2019 14:42:08	INES TEREZINHA PASTÓRIO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termocienciamarechalcandidorondon.pdf	07/02/2019 14:41:40	INES TEREZINHA PASTÓRIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleusuarioservico.docx	07/02/2019 14:23:58	INES TEREZINHA PASTÓRIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclfamiliares.docx	07/02/2019 14:23:40	INES TEREZINHA PASTÓRIO	Aceito

**Endereço:** RUA UNIVERSITARIA 2069

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**CEP:** 85.819-110

**UF:** PR

**Município:** CASCAVEL

**Telefone:** (45)3220-3092

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.178.550

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclegestores.docx	07/02/2019 14:23:25	INES TEREZINHA PASTÓRIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleusuarios.pdf	07/02/2019 14:23:04	INES TEREZINHA PASTÓRIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclegestores.pdf	06/02/2019 13:34:36	INES TEREZINHA PASTÓRIO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	06/02/2019 13:34:05	INES TEREZINHA PASTÓRIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclefamiliar.pdf	06/02/2019 13:31:42	INES TEREZINHA PASTÓRIO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CASCADEL, 28 de Fevereiro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Dartel Ferrari de Lima**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** RUA UNIVERSITARIA 2069

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**CEP:** 85.819-110

**UF:** PR **Município:** CASCADEL

**Telefone:** (45)3220-3092

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

## ANEXO E

### INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

<b>PARANÁ</b> GOVERNO DO ESTADO SECRETARIA DE SAÚDE – SESA SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO AS CONDIÇÕES CRÔNICAS - DACC DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL - DVSAM			
<b>ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL</b>			
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas): _____			
Nome e CBO do profissional (que realizou atendimento): _____			
Número de Prontuário na UBS/ESF: _____		Data: _____	
Instruções de preenchimento: 1) Circule o número correspondente ao sinal/sintoma; 2) Realize a somatória dos números circulações; 3) O total de pontos bruto será o escore para a Estratificação de Risco.			
SINAIS E SINTOMAS		NÃO	SIM
<b>GRUPO I</b>	Sensação de morte iminente e/ou pânico	0	5
	Medo intenso	0	2
	Desrealização	0	3
	Despersonalização	0	3
	Crises convulsivas	0	3
	Crise dissociativa	0	3
	Queixas somáticas persistentes e/ou hipocondríacas	0	1
	Pensamentos ou comportamentos repetitivos e/ou conjunto de rituais	0	3
<b>GRUPO II</b>	Pensamentos de inutilidade e/ou sentimento de culpa	0	4
	Tristeza persistente acompanhada ou não de choro	0	2
	Ideação suicida e/ou tentativa de suicídio	0	9
	Isolamento social	0	6
	Heteroagressividade e/ou autoagressividade	0	9
	Desinibição social e sexual	0	7
	Hiperatividade associada ou não a atos impulsivos	0	3
	Euforia	0	4
<b>GRUPO III</b>	Elevação desproporcional da autoestima	0	2
	Delírio	0	8
	Alucinação	0	10
	Alteração do curso do pensamento	0	9
	Perda do Juízo crítico da realidade	0	10
	<b>GRUPO IV</b>	0	3
	<b>GRUPO V</b>	0	3
	<b>GRUPO VI</b>	0	3
<b>GRUPO III</b>	<i>Delirium tremens</i>	0	10
	Tremor associado ao hábito etílico e sudorese etílica	0	3
	Incapacidade de redução e controle do uso de drogas	0	6
	Manifestação de comportamento de risco para si e para terceiros	0	6
	Tolerância	0	3
<b>GRUPO IV</b>	Dificuldade manifesta na infância e/ou adolescência de compreender e transmitir informação	0	3
	Movimentos corporais ou comportamentais estereotipados	0	5
	Desatenção manifesta na infância e/ou adolescência	0	4
	Inquietação constante manifesta na infância e/ou adolescência	0	2
<b>GRUPO V</b>	Regressão	0	1
	Perda da memória	0	3
	Perda progressiva da capacidade funcional, ocupacional e social	0	4
<b>GRUPO VI</b>	Desorientação temporal e espacial	0	5
	Resistência ao tratamento e/ou refratariedade	0	4
	Recorrência ou Recaída	0	9
	Uso abusivo de Substâncias Psicoativas	0	10
	Exposição continuada ao estresse	0	3
	Precariedade de suporte social	0	3
	Precariedade de suporte familiar	0	6
	Testemunha de violência	0	4
	Autor ou Vítima de violência	0	8
	Perda da funcionalidade familiar e/ou afetiva	0	6
Vulnerabilidade econômica e ambiental	0	3	
<b>GRUPO VI</b>	Comorbidade ou outra condição crônica associada	0	3
	Faixa etária > 6 anos e < de 18 anos	0	10
	Abandono e/ou atraso escolar	0	6
0 a 30 pontos <b>BAIXO RISCO</b>		<b>PONTUAÇÃO TOTAL:</b> <b>ESTRATIFICAÇÃO</b>	
31 a 50 pontos <b>MÉDIO RISCO</b>			
51 a 236 pontos <b>ALTO RISCO</b>			