

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR LITORAL
ESPECIALIZAÇÃO EM A QUESTÃO SOCIAL NA PERSPECTIVA
INTERDISCIPLINAR

BARBARA GUGELMIN NEVES VOLPE

AS VOZES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO; OLHAR SOBRE O FLUXO
SOCIOECONOMICO DA SAÚDE MENTAL.

MATINHOS
2012

BARBARA GUGELMIN NEVES VOLPE

**As vozes do sofrimento psíquico; olhar sobre o fluxo
socioeconômico da saúde mental.**

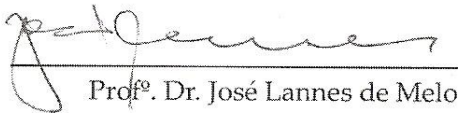
**Artigo apresentado ao Curso de Pós-
Graduação em A questão social na
perspectiva interdisciplinar, Setor Litoral,
como requisito parcial à obtenção de título
de especialista.**

**MATINHOS
2012**

PARECER DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

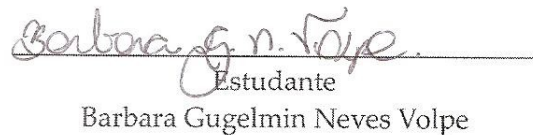
Os membros da Banca Examinadora designada pelo Orientador, Professor Doutor JOSÉ LANNES DE MELO, realizaram em 13/04/2012 a avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da estudante BARBARA GUGELMIN NEVES VOLPE, sob o título "*As vozes do sofrimento psíquico: olhar sobre o fluxo socioeconômico de saúde mental.*", para obtenção do Título de *Especialista em Questão Social pela Perspectiva Interdisciplinar* pela Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, tendo a estudante recebido conceito "APL".

Matinhos, 13 de abril de 2012.


Prof.^o. Dr. José Lannes de Melo


Prof.^a. MSc. Andréa Knabem

Prof.^a. Dra. Édina Vergara Fagundes


Estudante
Barbara Gugelmin Neves Volpe

Conceitos:

APL = Aprendizagem Plena

APS = Aprendizagem Parcialmente Suficiente

OBSERVAÇÃO:

CASO D(A) ESTUDANTE SEJA ORIENTADO(A) A REFORMULAR SEU TRABALHO, DEVE-SE REGISTRAR NO VERSO OS REQUISITOS APONTADOS PELA BANCA PARA O ACEITE FINAL DO TRABALHO.



As vozes do sofrimento psíquico; olhar sobre o fluxo socioeconômico da saúde mental.

Volpe, Barbara Gugelmin Neves¹

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar as vozes do sofrimento psíquico; olhar sobre o fluxo socioeconômico de saúde mental, o artigo possui o embasamento teórico a busca do materialismo histórico dialético, filosofia da Práxis utilizando a pesquisa qualitativa com entrevistas estruturadas. No artigo são apresentados de forma breve aspectos da saúde mental no Brasil contemporâneo, explana sobre a organização da saúde mental no Estado do Paraná e o atendimento aos usuários no litoral do Estado, buscando compreender os processos que vivenciam os usuários entrevistados. O estudo conclui que urge ao serviço social potencializar seu papel político no enfrentamento desta expressão da questão na qual está imersa a saúde mental na região litorânea, buscando as garantias legais mínimas desencadeadas desde a reforma psiquiátrica.

Palavras –chaves: Saúde mental, Serviço Social e Litoral do Paraná.

¹ Pós-graduanda em especialização A questão social na perspectiva interdisciplinar

Introdução

De um modo geral, a Saúde Pública no Brasil sofre com uma estruturação precária, não apenas na parte física, como também no atendimento dos usuários e na falta de capacitação de profissionais da área. No específico e delicado tema da saúde mental, uma publicação recente de Rafael Waltrick (2011) expõe a situação de saúde mental no país nos seguintes termos: “O baixo repasse de recursos do Ministério da Saúde ao Centro de Atendimento Psicossocial - CAPS compromete a qualidade do atendimento...”².

A sociedade entende saúde mental de maneiras diversas. A Organização Mundial da Saúde entende que atualmente a saúde mental implica também no bem-estar físico, mental e social das pessoas e qualquer um pode ser afetado por problemas mentais mais ou menos graves. A hiperatividade e a rapidez do desenvolvimento das relações na sociedade contemporânea fazem com que a população, de um modo geral, esteja mais suscetível a algum transtorno mental, por exemplo: a depressão, a ansiedade, o mal-estar psicológico, as dependências de álcool e outras drogas e as perturbações psicóticas como a esquizofrenia, o atraso mental ou as demências. Estima-se que de cada 100 pessoas, 30 sofram ou possam vir a sofrer de problemas de saúde mental.

As regiões litorâneas são envolvidas no imaginário de proporcionar aos seus moradores maior qualidade de vida, por exemplo o Município de Matinhos que possui expressões da questão social semelhantes às de outras localidades. Em Matinhos, por exemplo, há picos sazonais de número de habitantes, porque na alta temporada o fluxo populacional cresce o que alavanca, por exemplo, também a geração de empregos, tanto formais quanto informais, o que ocorre em toda a região.

O significativo aumento da população da cidade em alta temporada acarreta uma saturação dos aparatos públicos da saúde, segurança, saneamento, o que por consequência lógica, influencia sobre a qualidade de vida dos moradores, como em outras regiões do litoral. Toda uma estrutura é preparada para o turista e não para garantir a qualidade de vida no ano todo de quem mora na região!

² WALTRICK, R. **Atendimento Psiquiátrico. Verba da saúde mental é escassa.** Gazeta do Povo, Curitiba, 07 set, 2011. Vida e Cidadania, p. 1.

Pensando que a questão da saúde mental não é apenas um “problema” da saúde, mas sim uma relação intersetorial, é importante que aconteça o envolvimento de outros profissionais, instituições E POLÍTICAS públicas. Segundo Vasconcelos em publicação nos Cadernos e Textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental:

É importante lembrar, no entanto, que o campo da saúde mental implica não só o setor saúde, mas também outros campos de política social, colocando a necessidade de uma integração intersetorial de iniciativas e programas, como na área de moradia (dispositivos residenciais), trabalho (programas de trabalho protegido, cooperativas, etc), assistência social (como na luta pela conquista do benefício de prestação continuada), educação (como nos programas de inclusão de crianças portadoras de deficiências e transtornos mentais nas escolas comuns), justiça (mudança das leis e instituições para o infrator portador de transtorno mental), etc. Neste sentido, a atuação direta ou aliança com participantes dos conselhos específicos destas áreas também se torna fundamental.³ (2001, p.33)

Assim, nesta pesquisa analisar alguns elementos que materializam a política pública de saúde mental da região do litoral do Paraná através dos atendimentos prestados aos usuários encaminhados ao serviço de internação hospitalar em um hospital no município de Curitiba, buscando que o serviço social possa propor formas de intervenção capazes de qualificar os serviços prestados neste campo, fomentando a discussão acerca da materialização do direito à saúde mental, conforme foi cunhado pós reforma psiquiátrica.

Saúde Mental no Brasil Contemporâneo.

Não serei o poeta de um mundo caduco.
Também não cantarei o mundo futuro.
Estou preso à vida e olho meus companheiros
Estão taciturnos, mas nutrem grandes esperanças.
Entre eles, considere a enorme realidade. O presente é
tão grande, não nos afastemos. Não nos afastemos
muito, vamos de mãos dadas.

Carlos Drummond.

³ VASCONCELOS, E. M. **O Controle social na reorientação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil atual.** In: III Conferencia Nacional de Saúde Mental, 2001, Brasília.

A saúde mental está associada ao bem estar do indivíduo, aos relacionamentos sociais, familiares e além disso deve enfrentar os problemas sem temer o futuro.

Qualquer pessoa que vive em sociedade na contemporaneidade pode ser “afetado” por problemas de saúde mental, de maior ou menor gravidade. Algumas fases da vida como o envelhecimento, acontecimentos como descoberta de doenças, ou até mesmo a perda de um familiar próximo, o desemprego, todos esses fatores podem interferir na saúde mental por não se aceitar a doença, por não se adaptarem aos tratamentos e por sofrerem a discriminação e preconceito da sociedade.

Os problemas de saúde mental mais frequentes são: depressão, ansiedade, mal estar psicológico ou stress continuado, dependência de álcool e outras drogas, perturbações psicóticas, como a esquizofrenia, atraso mental e demências.

A sociedade muitas vezes não compreende que pessoas com problemas de saúde mental acabam sendo excluídos devido a falsos conceitos como as que as doenças mentais sejam frutos da imaginação, que não tem cura, que essas pessoas sejam perigosas, imprevisíveis, etc.

Na concepção de Cavalcante;

Mesmo na alienação mais radical, não há anulação subjetiva completa e, portanto, há sempre esperança de cura, de retorno á razão. A idéia de incurabilidade é lentamente substituída pela idéia de cronicidade, pois a questão deixa de ser a de uma alienação que não te cura e que portanto pode ser abandonada aos seus avatares, para a de uma alienação temporalmente estendida e que merece um cuidado continuado independente do tempo de sua duração. (1996, p. 50).

Com toda a discriminação associada a doença mental, muitas pessoas deixam de procurar apoio ou tratamento, ou se negam a reconhecer os primeiros sinais ou sintomas da doença. Mesmo as doenças sendo mais graves é possível o controle e a redução dos sintomas e medidas tomadas para reabilitação que pode desencadear a melhora da qualidade de vida.

Em um breve histórico sobre a saúde mental inicia-se com uma tentativa do homem primitivo aliviar o sofrimento do outro, inicia-se com cuidados do feiticeiro ou pajés, os indivíduos que viviam em sociedades observavam a doença mental como possessões demoníacas ou manifestações dos deuses, como se a pessoa estivesse

sendo castigado do divino, o tratamento vinha com magias, castigos físicos e de outras formas de punição.

No Brasil as primeiras atenções voltadas às pessoas com transtorno mentais foram na metade do sec. XIX, mas na época essas pessoas ficavam isoladas da sociedade, internadas em hospitais psiquiátricos especializados. Esse entendimento estava concentrado em centros de maior desenvolvimento econômico do país, deixando outras regiões sem recursos para assistência em saúde mental.

Foi com a reforma intramuros das instituições psiquiátricas (comunidade terapêuticas) nos anos 70 que inicia-se as transformações da assistência, porém somente com a Carta Magna em 1988 e com a criação do SUS – Sistema Único de Saúde, que começaram a implantação de novas políticas voltadas á saúde, entre elas de saúde mental.

Na década de 90 o Ministério da Saúde, define uma política de saúde mental redirecionado os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo de base comunitária com essas mudanças teve incentivo a criação de serviços em saúde mental de atenção comunitária, pública e também a implantação de critérios de adequação e humanização nos atendimentos hospitalares especializados.

De acordo com a lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990;

O dever do Estado de garantir a saúde, consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços, para a sua promoção, proteção e recuperação. (art. 2º § 1º).

Na busca de melhorias em 1992 aconteceu a Conferência Nacional de Saúde Mental, onde o projeto de Paulo Delgado se tornou um projeto de Lei visando mudanças no sistema, com serviços descentralizados, diversidades nas práticas terapêuticas e o acesso dos doentes ao SUS.

Esse projeto só foi regulamentado em 1999, quando foi criada a lei 9.867, que regulariza o funcionamento de cooperativas sociais, visando a integração social das pessoas com transtorno mentais.

Outra lei em benefício a saúde mental é a 10.216/ 2001, que depois de 12 anos de luta social e com reforma sanitária psíquica, é garantida a mudança do atendimento público em saúde mental, garantindo o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade.

O atendimento passa a ser feito pelo CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar juntamente com uma equipe multidisciplinar, existe 5 tipos de CAPS, sendo estes CAPS I para municípios com população de 20 mil até 70 mil habitantes segundo o Ministério da Saúde, existem 788 unidades no país, já o CAPS II, serviço de atenção a saúde mental para população de 70 a 200 mil habitantes, existem 424 unidades no país, CAPS III para municípios com uma população de 200 mil habitantes existem 56 unidades no país, CAPS ad, serviço para usuários de álcool e drogas, população de 70 a 200 mil habitantes existem 268 unidades e por fim o CAPS i, serviço especializado para crianças e adolescentes até 25 anos, população acima de 200 mil habitantes, existem 134 unidades no Brasil.

Outro serviço disponível em saúde mental são os Serviços Residências Terapêuticas - SRT, são casas localizadas nas grandes cidades para o atendimento às necessidades de moradias das pessoas com transtorno mentais graves que saíram de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento, que não possuem os vínculos familiares e sociais, no Brasil são 596 residências, outro espaço de tratamento de saúde mental são os serviços ambulatoriais e também o Programa de Volta para Casa – PVC, que tem por objetivo garantir a assistência, o acompanhamento e a integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas com transtorno mental com um histórico de longa internação psiquiátrica sendo 2 anos ou mais de internação ininterruptos, este programa paga um auxílio-reabilitação ao próprio beneficiário durante um ano, podendo assim ser renovado se necessário, também a os hospitais gerais e os centro de convivência.

O governo brasileiro tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar como – Centro de atendimento Psicossocial (CAPS), Serviço residência terapêutica (SRT) - incluir as ações da saúde mental na atenção básica, implementar uma política da atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, implantar um programa “ De volta para Casa - PVC”. Manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado garantir tratamento digno e de qualidade ao “louco infrator” (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio judiciário) e avaliar

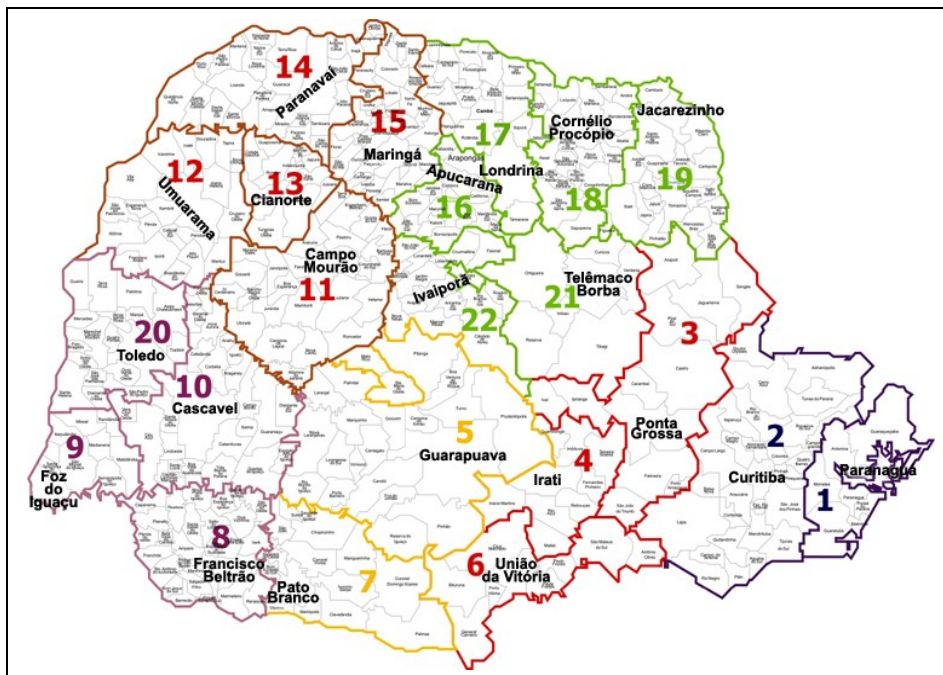
continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares -PNSH/Psiquiatria (Ministério da Saúde, 2009).

A organização da saúde mental no Estado do Paraná e o atendimento aos usuários no litoral do Paraná.

Conforme a organização do país com os avanços referente à saúde mental para os atendimentos psiquiátricos, os estados vinham se organizando na assistência psiquiatria baseada na humanização do tratamento, no Paraná em 1995 foi promulgada a lei estadual 11189/95, designando a gradativa substituição do sistema “hospitalocêntrico” por uma rede integrada e variada de serviço assistenciais de atenção sanitária e social, a atenção integral a pacientes asilares e a salvaguarda dos direitos dos doentes mentais.

Atualmente segundo o Banco de dados do Sistema Único de Saúde e da Secretaria do Estado do Paraná – SESA/PR, encontramos 18 hospitais e clínicas especializados em psiquiatria, onde atende todo o Estado.

O estado do Paraná é dividido em regionais de saúde, sendo no total 22, como mostra na ilustração do mapa – Regionais de Saúde, abaixo.

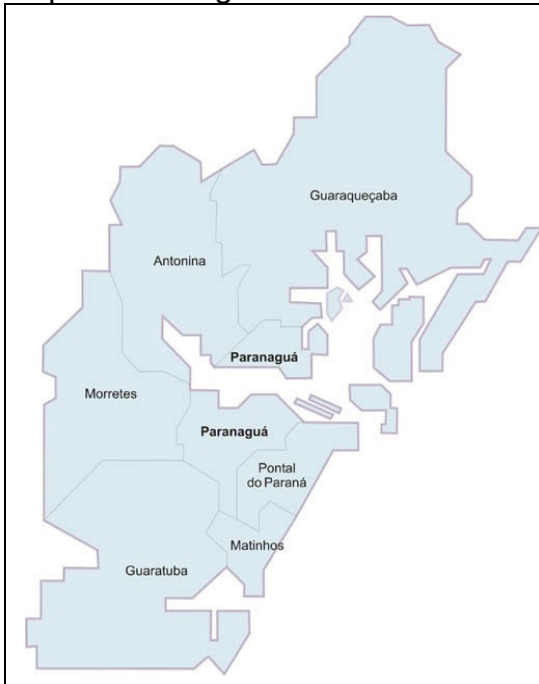


Fonte: Secretária da Saúde do Estado do Paraná – SESA, 2011.

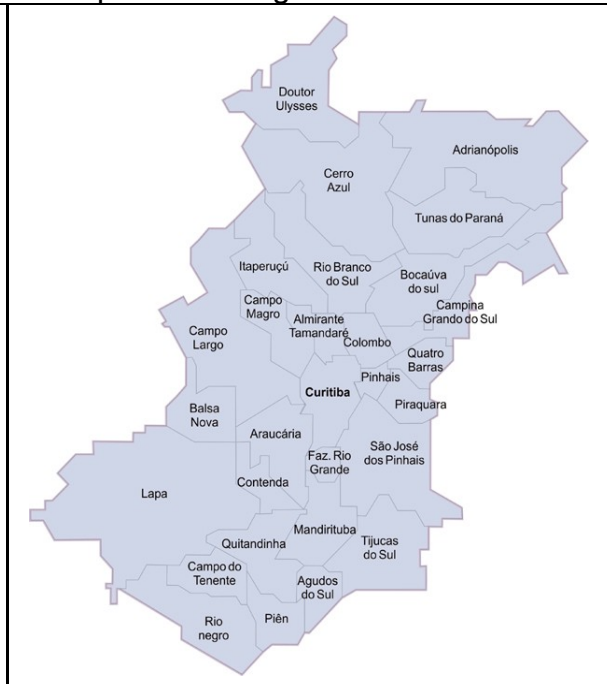
Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM) está localizado no município de Curitiba que realiza os atendimentos a pessoas residentes na região metropolitana

de Curitiba, indicado como mapa 03 e também a 1º regional de saúde- Paranaguá, o que abrange todo litoral do Paraná com os Municípios – Guaratuba, Matinhos, Pontal do Paraná, Paranaguá, Morretes, Antonina e Guaraqueçaba indicados no mapa 02.

Mapa 02 -1º regional de saúde – PR



Mapa 03 - 2º regional de saúde - PR



Fonte: Secretária da Saúde do Estado do Paraná – SESA, 2011.

O CPM realiza atendimentos de saúde mental que oferece tratamentos para transtornos psiquiátricos e pessoas com dependência de álcool e drogas, com uma equipe multidisciplinar, onde realiza-se a triagem/acolhimento, pronto atendimento, ambulatório adulto e infantil, CAPS 2 e oficina de trabalho. O CPM também desempenha os encaminhamentos para internação hospitalar através da central de leitos coordenada pelo Município de Curitiba e também está credenciado para liberar medicamentos de alto custo para pacientes diagnosticados esquizofrenia refratária.

O fluxograma de atendimento para residentes da 1 regional e da região metropolitana de Curitiba que necessitam de atendimento psiquiátrico, se houver a necessidade são encaminhados para internação, o primeiro momento é o atendimento no Hospital ou Unidade de Saúde mais próximo a residência, deste local a pessoa é encaminhada para o Centro Psiquiátrico Metropolitano onde será atendido pela equipe e havendo a necessidade de atendimento em regime integral

de internação, verifica-se junto a central de leitos qual hospital possuem leito para internação.

Metodologia e análise dos dados.

“Não tem certo, nem errado! todo mundo tem razão, porque o ponto de vista, que é o ponto da questão.”

Raul Seixas

A pesquisa neste artigo foi a escolha de um método científico o materialismos histórico dialético, pois é neste viés que pode-se analisar de forma crítica a questão da saúde mental, institucional na sociedade contemporânea.

Para compreensão da “loucura” precisa articular com a história das sociedades, pois diferentes sociedades/diferentes comportamentos humanos, isso abre para discussão o que é considerado adequado em uma sociedade o que é aceitável, isso acarreta ao questionamento para os diagnósticos de transtornos mentais que são baseados em padrões de comportamentos sociais os “ajustados” ou não.

Nas sociedades modernas mais complexas a uma variedade de comportamentos possíveis e que são aceitáveis para alguns grupos sociais e outros não, pois pode ou na ser interpretados como “loucura”, segundo explica Bisneto;”... o que para um subgrupo social pode ser interpretado como loucura, para outro é m modo de ser acordo com seus hábitos ou tradições”. (BISNETO p.175, 2007).

Para avaliação do que é normal ou não precisa-se do médico, detendo ele o conhecimento, sendo o conhecimento o saber na sociedade capitalista que é atravessada por interesses econômicos da relação de “poder” que leva a propriedade privada, que neste processo histórico as classes dominantes exercem seu poder, responsabilizando, estigmatizando grupos sociais, tirando da sociedade a responsabilidade pelo mal funcionamento das super-estruturas. Segundo Foucault “o louco não pode ser louco para si mesmo, mas apenas aos olhos de um terceiro que, somente este, pode distinguir o exercício da razão da própria razão”. (1978, p. 186),

As instituições sociais colaboram com a formação e moldam os indivíduos, segundo a uma rede de poder de ao interesse da reproduções e interesses econômicos o que também é uma forma de reprodução social, manutenção do sistema capitalista.(CASTEL, 1987).

Trazendo o conceito marxista ampliado sobre a alienação social que segundo Bisneto vai além do processo de trabalho produtivo demonstrando como instituições sociais como a questão dos hospitais psiquiátricos, hospícios, manicômios contribuem para consolidação da alienação total dos usuários, através da alienação social pela exclusão, a alienação mental estigmatizando e rotulação de “doente” e a alienação corporal pelo controle do espaço físico e o uso de medicações.

A categoria da mediação que busca compreender a realidade, não na perspectiva da reprodução, mais sim da emancipação, será também trabalhado a categoria da totalidade, pois, implica em um olhar de forma dialética a realidade, com a mediação que implica passar por uma atitude reflexiva suspendendo o cotidiano com a passagem do abstrato para o concreto e a totalidade concreta não pode ser vista no imediatismo, ou analisada desta forma e sim sendo resultado da mediação por este entendimento é que J. P. Netto e M. C. Brant de Carvalho postula que, “A totalidade sem mediação é inerte...” (NETTO e CARVALHO, p 82, 2007).

A pesquisa foi realizada em um Hospital Psiquiátrico em Curitiba com 5 pacientes internadas em regime integral de tratamento do sofrimento psíquico, sendo estes residentes na região litorânea do Paraná.

Com as informações coletadas foram realizadas as análises e interpretações do que foi coletado e pesquisado, para assim responder ao problema levantado neste trabalho.

A presente pesquisa teve sua primazia exploratória baseada na observação do atendimento a pessoas com transtorno mental residentes da região litoral do Paraná, mais que estão em tratamento no Hospital Psiquiátrico no Município de Curitiba, observando também a forma que acessam ao atendimento do Hospital.

A pesquisa caracteriza-se como pesquisa qualitativa, pois visa discutir dados que vão além dos expressados prontamente, e sim os apresentados pelas subjetividades dos sujeitos envolvidos. Esta modalidade tem capacidade teórica de interpretar os dados intrínsecos e subjetivos dos pesquisados e apresentar dados concretos da realidade vivenciada.

A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. É descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e

seu significado são os focos principais de abordagem (LAKATOS, 1986 p.145)

Para atingir os objetivos propostos foi selecionado de forma direcionada e intencional 5 sujeitos, atores sociais que passaram ou estão em tratamento psiquiátrico, sendo estes 5 pacientes que residem na região do litoral do Paraná.

A presente pesquisa, portanto, trabalhou na perspectiva da compreensão dos sujeitos que estão em tratamento de saúde mental em um Hospital Psiquiátrico do Município de Curitiba, sujeitos que residem na região do litoral do Paraná.

Análise e interpretação dos dados

A coleta de dados foi efetivada através de contato com pacientes residentes na região do litoral que foram encaminhadas para o Hospital Psiquiátrico de Curitiba, sendo realizada em 03/01/2012.

A abordagem e a entrevista com os pesquisados ocorreram de forma tranqüila e envolvente, pois já existe um vínculo entre pesquisadora e as pesquisadas, a entrevista ocorreu no atendimento do Serviço Social aos pacientes que são acompanhadas pela Assistente Social.

A análise dos dados foi interpretada com um olhar crítico onde se procura sair da visão abstrata imediatista para o concreto pensado e refletido.

A pesquisa tem como objetivo apresentar a análise realizada através da observação participante e a estruturada aos pacientes internadas no regime integral do hospital Psiquiátrico de Curitiba que residem na região do Litoral do Paraná.

A análise dos dados das entrevistas realizadas com as pacientes, foi interpretada com um olhar crítico com o princípio de totalidade na reflexão marxista que se entende que não se trata de uma totalidade fechada e sim dinâmica em constante movimento.

É através das mediações é possível sair da visão abstrata imediatista para o concreto pensado e refletido. Como segundo Odete Fernandes:

...é possível observar o movimento que parte do abstrato, ou visão parcial da realidade para o concreto pensado, ou possibilidades de aproximações do real, processo que nos evidencia o método dialético de compreensão da realidade.(2008, p.4).

A partir da compreensão do estudo, defini a seguinte categoria para análise:
Condição social dos sujeitos e as vozes dos sujeitos.

Condição social dos Sujeitos.

Os sujeitos da pesquisa serão identificados com nomes fictícios “João”, “Juliano”, “Mário”, “Suelem” e “Angélica”, sendo estes pacientes que estão atualmente internados no regime integral de um Hospital Psiquiátrico de Curitiba.

“João”, sexo masculino com 26 anos, reside no Município de Guaratuba, tem o ensino médio incompleto, não trabalha, não tem benefícios sociais ou previdenciários. Quarto Internamento psiquiátrico.

“Juliano”, sexo masculino com 24 anos, reside no Município de Antonina, tem ensino fundamental incompleto, esta afastado pelo INSS recebe auxílio doença. Quinto internamento psiquiátrico.

“Mário”, sexo masculino com 29 anos, reside no Município de Guaratuba, tem ensino fundamental incompleto, não trabalha, não tem benefícios sociais ou previdenciários. Terceiro internamento psiquiátrico.

“Suelem”, sexo feminino com 35 anos, reside no Município de Pontal do Paraná, tem ensino médio completo, esta afastada pelo INSS e recebe auxílio doença. Quinto internamento psiquiátrico.

“Angélica”, sexo feminino com 30 anos, reside no Município de Antonina, tem ensino fundamental incompleto, não trabalha, não tem benefícios sociais ou previdenciários. Primeira internação psiquiátrica.

Os entrevistados possuem idade de 24 a 35 anos, sendo residente da região Litorânea do Paraná, apenas Angélica possuem sua primeira internação, os demais têm acima de três internamentos, chegando até cinco na atual data da entrevista.

Dos entrevistados quatro dos cinco sujeitos não possuem conclusão do ensino médio, sendo destes apenas um sujeito esta recebendo o auxílio doença pela previdência social, contudo isso demonstra não apenas as questões de internação e sim a expressão da questão social com a baixa escolaridade que interfere na questão do trabalho/emprego, onde acaba por interferir diretamente na renda familiar deste sujeito.

As vozes dos sujeitos

Na pesquisa realizada aos entrevistados é Questionado como o “ usuário chegou até o Hospital “ o questionamento como este servem para elucidar como estão as portas de entrada do atendimento as questões de saúde mental do municípios em que residem. Segundo os relatos como os entrevistados chegaram ao Hospital, através do fluxo da rede de saúde mental pública corresponde mesmo caminho percorrido pelos entrevistados como relato a abaixo.

“João”- “minha mãe me levou ate o hospital lá de Guaratuba, depois fui para o CPM e lá fui examinado e mandado para cá.”

“Juliano”- “Fui para a consulta em Antonina o clinico encaminhou e no mesmo dia foi para o CPM e depois para o Hospital.”

“Mário” - “Tava com depressão fui para posto e foi para o CPM”.

“Suelem” - “Fui até o posto, de lá para o CPM e daí para o hospital, minha irmã me trouxe”

“Angélica” - “Tava mal me levaram até o posto e depois no CPM daí vim para cá, a assistente social que me trouxe”.

Os entrevistados no momento que necessitaram do atendimento de saúde mental foram até a unidade de saúde do próprio município para terem o

atendimento, segundo o que é estabelecido pela orientação do atendimento de assistência a saúde mental

“A atenção básica/Saúde da Família é a porta de entrada preferencial de todo o Sistema de Saúde, inclusive no que diz respeito às necessidades de saúde mental dos usuários. Nela, busca-se resgatar a singularidade de cada usuário, o comprometimento com o tratamento. É uma aposta no protagonismo do indivíduo e nessa situação tenta-se romper com a lógica de que a doença é sua identidade e de que a medicação é a ‘única’ responsável pela melhora”.(Brasil, 2009).

Assim podemos analisar que o fluxo de atendimento seguiu conforme a preconização da categoria Saúde Pública, onde os primeiros atendimentos e referenciamento são feitos nos territórios de abrangência do usuário e não sanando a problemática articulado a rede de serviço neste caso sendo conduzida para o CPM.

Pelo segundo questionamento que foi “Como é o atendimento na U.S de saúde mental na região que mora?” e o terceiro questionamento que é “Você é atendido em “crise” no seu município?” é possível diagnosticar um aspecto da oferta de serviço e o recurso humano necessário ao tratamento. Podendo evidenciar a estrutura de recurso materiais e humanos e o fluxo dos atendimentos para a execução do trabalho de saúde Mental na localidade, obtivemos as seguintes respostas:

“João” – “Não tive, minha mãe pega o remédio no posto”.

“Juliano” – “Lá não tem psiquiatra tem atendimento com neurologista que dá a receita.”

“Mário” – “Não fiz tratamento no município”.

“Suelem” – “Não gosto lá eles não sabem o que fazer quando preciso de psiquiatra”

“Angélica” – Lá me examinaram e a assistente social me levou para o CPM.

A pergunta número três: “você é atendido em “crise” no seu Município? As respostas coletadas são na sua maioria que sim, como segundo os pesquisados responderam:

“João” – Não

“Juliano” – Sim

“Mário” – Já fui

“Suelem” – Só Clínico

“Angélica” – Sim

Analisando as resposta a luz da categoria Saúde Mental, como segundo Saraceno que a “saúde mental é o conjunto de ações de promoção prevenção e tratamento referente ao melhoramento ao a manutenção ou restauração de saúde mental de uma população.”(1999). o que fica claro e evidente que não há uma estruturação de recurso materiais e humanos suficiente, para com a atenção em básica Saúde Mental e os que apresentara um mínimo de atendimento, como é postulado pelo sujeito pesquisada Suelem, há uma falta de preparo e de capacitação para este tipo de atendimento.

Podemos observar também que no questionamento terceiro os sujeitos pesquisados manifestaram sua opinião de for monossílaba, em um ação subjetiva de comunicação não verbal, utilizando de meios para não se comprometer com a resposta, aparentando um possível descaso ou ate mesmo medo de represaria.

Na questão quatro onde a o questionamento a pergunta “Já realizou atendimento ou tratamento continuo no seu Município? E na questão cinco “O que você acha que poderia melhorar no atendimento do seu Município? Foram idealizadas para que os sujeitos pesquisados trouxessem a tona sua ótica dos atendimentos e ainda sua vontade, seu desejo, e até mesmo para que eles se vissem nesse processo de construção como sujeitos. As respostas foram as seguintes:

Questionamento 04:

“João” – “Prefiro ficar em casa e tomar a medicação, nunca fiz CAPS nada de tratamento só internar.”

“Juliano” – “Apenas em pegar o remédio por mês com neurologista, não tem psiquiatra, já fiz tratamento no CPM, mais

agora não podia continuar lá pois não estavam mais atendendo.”

“Mário” – “não”

“Suelem” – “Não gosto não tem onde fazer lá”.

“Angélica” – Não

Questionamento 05:

“João” – Não Respondeu

“Juliano” – “Poderia ter psiquiatra, psicólogo, terapeuta, que se o governo colocar dinheiro lá para pagar psiquiatra o prefeito irá roubar o dinheiro.”

“Mário” – Não Respondeu

“Suelem” – “Poderiam atender melhor a gente e ter um psiquiatra também”.

“Angélica” – Podia ter um acompanhamento com psiquiatra lá pois eu não quero mais vir para cá.

Podemos observar que nas falas dos sujeitos pesquisados que por não haver um serviço municipal de atendimento a essa demanda, não a uma compreensão clara do atendimento de forma continuada como mais um vez coloca o sujeito pesquisado “Suelem” em resposta ao quarto questionamento, porem a fala do sujeito pesquisado “Angélica” ao mesmo questionamento já evidencia que um tratamento medicamentoso porem residencial poderia ter mais êxito.

Neste mesmo viés a estrutura de atendimento e de recursos humanos e novamente questionados na fala do sujeito pesquisado “Angélica” em resposta ao quinto questionamento e reforçada pelo “Suelem” trazendo a referencia de lugar, território, comunidade etc., na expressão “lá”.

Assim é possível a compreensão que como o questionamento venho levantar os desejos os anseios dos sujeitos pesquisado, as falas apesar de curtas e diretas convertem para um entendimento quase que comum da necessidade de criar meios e modos para manter o atendimento próximo ao local ao território dos usuários.

Considerações finais

“ O desafio é re-descobrir alternativas e possibilidades para o trabalho profissional no cenário atual; traçar horizontes para formulação de propostas que façam frente à questão social e que vivenciamos, não só como vítimas, mas como sujeitos que lutam pela preservação e conquista da sua vida, da sua humanidade.”

Marilda Carvalho Iamamoto.

O artigo foi idealizado para além da lógica da formação acadêmica, foi pensado em contribuir enquanto pesquisa na questão do sofrimento psíquico, para a atuação do Serviço Social e principalmente para elucidação referente ao tratamento de saúde mental oferecida na região do litoral Paranaense.

Os avanços considerados na área da saúde mental é sem dúvida a reforma psiquiátrica que estabelece determina que se tenha o atendimento humanizado outro modelo de tratamento, realizando uma ampla mudança que garante o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade.

Com a reforma psiquiátrica, os movimentos contra a questão das hospitalizações e manicômios estão em processos gradativos de mudança, a propostas de aberturas de mais serviços extra-hospitalares e principalmente a proposta e recursos para abertura de CAPS III que oferecem serviços 24h, geralmente disponíveis em grandes cidades, que atendem aos adultos, este CAPS vem para substituir os Hospitais Psiquiátricos. Contudo muito precisa ser pensado pois o modelo de atendimento e entendimento precisa haver transformações para que o CAPS não se torne um mini-hospital nos moldes atuais.

A pesquisa teve como primazia a observação e a prática profissional do pesquisador pois diariamente é relatado pelos usuários as visto as condições oferecidas para o tratamento de saúde mental, o trabalho de encaminhamento fornecido para continuação do tratamento acaba por não ter continuidade, apenas retomando algumas vezes o tratamento quando interna no Hospital Integral.

É possível compreender, com esta investigação inicial a urgência de Estudos mais aprofundados, com a pesquisa de campo em cada porta de entrada do usuário e seu acompanhamento fora do hospital.

A proposta para que melhore o atendimento dessas pessoas que

necessitam de tratamento especializado na saúde mental é que os profissionais sejam capacitados que tenha serviços extra-hospitalares para esta gama de pessoas que necessitam de acompanhamento no que tange a saúde mental, pois desta forma não chegaria a necessidade da internação em regime integral, o que desta forma não privaria as famílias e o usuário da convivência familiar e comunitária, considerando que "o asilamento compulsório só faz reproduzir a alienação, contribuindo assim para a iatronização do portador de sofrimento mental". (BISNETO, 2007. p. 181). Isto requer ao Serviço Social potencializar seu papel político no enfrentamento desta expressão da questão social na qual está imersa a saúde mental na região litorânea, buscando as garantias legais mínimas desencadeadas desde a reforma psiquiátrica.

Referências Bibliográficas:

BATTINI, O. **O estado das artes no Serviço Social**. São Paulo: PUC-SP, 1991 (Tese de Doutorado. Mimeo).

BISNETO, J. A. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica**. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29816&janela=1 acesso em 08/03/2012.

BRASIL. Senado Federal . **Constituição [da] Republica Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL, **Lei Federal nº 10.257** de 10 de julho de 2001 – Estabelece diretrizes gerais da Política Urbana.

CASTEL, R. **Metamorfoses da questão social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CERQUEIRA FILHO, G. **A “Questão Social” no Brasil**: crítica ao discurso político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982. (coleção Retrato do Brasil: v.162).

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978

MARTINELLI, M. L.,(Org.). **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo. Veras Editora; 1999.

NETTO, J. P. e CARVALHO, M. C. B.; **Cotidiano: Conhecimento e Crítica**. 7º Ed. São Paulo: Cortez; 2007.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**, 2ª ed., SP, Cortez, 1994.
_____. Cinco notas a propósito da Questão Social. **TEMPORALIS** - (Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social), Ano II, nº 3, Brasília, janeiro a junho de 2001, p. 45.

VASCONCELOS, E. M. **O Controle social na reorientação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil atual**. In: III Conferência Nacional de Saúde Mental, 2001, Brasília.

WALTRICK, R. **Atendimento Psiquiátrico. Verba da saúde mental é escassa**. Gazeta do Povo, Curitiba, 07 set, 2011. Vida e Cidadania, p. 1.

RODRIGUES, P. H. SANTOS, I. S. **Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

OLIVEIRA, J. A. A. & TEIXEIRA, S. M. F. **(Im) previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petropolis: Vozes, 1985. 360 p.

Gramsci, A. **A concepção dialética da história**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1981.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 12. ed. São Paulo, SP: Cortez, 2007.

POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – PNAS, aprovada pelo Conselho nacional de Assistência Social por intermédio da resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004 e publicado no Diário Oficial da União - DOU do dia 28 de outubro de 2004

POLIGNANO, V. M. **História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão**. Disponível em: <http://medicina.ufmg.br/dmps/internato/saudenobrasil.rtf>. acesso em 14/09/2011.

PONTES, R. N. **Mediação e Serviço Social**. São Paulo, Cortez, 1995.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte: Te Corá; 1999

SILVA, J. A. da. **Curso de direito constitucional positivo**. 28. ed., rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2007.

SCLIAR, M. **Do Mágico ao Social: trajetória da saúde pública**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2005.

SUGUIHIRO, Vera Lucia Tieko. **Ação investigativa na prática cotidiana do Assistente Social**. Disponível em:< [http:// www.ssrevista.uel.br/c-v2n1.htm](http://www.ssrevista.uel.br/c-v2n1.htm). Acesso 20.07.11.