



**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
DA SAÚDE**

**A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR:
LIMITES E POSSIBILIDADES**

**CAROLINE DEFAVERI
FABIANA DA COSTA OLIVEIRA**

Foz do Iguaçu
2023

**A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR:
LIMITES E POSSIBILIDADES**

CAROLINE DEFAVERI
FABIANA DA COSTA OLIVEIRA

Artigo apresentado à Universidade Federal
da Integração Latino-Americana como
requisito parcial para a obtenção do título de
Especialista em Gestão da Saúde

Orientador/a: Dra. Juliana Domingues

Foz do Iguaçu
2023

CAROLINE DEFAVERI
FABIANA DA COSTA OLIVEIRA

**A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR:
LIMITES E POSSIBILIDADES**

Artigo apresentado à Universidade Federal
da Integração Latino-Americana como
requisito parcial para a obtenção do título de
Especialista em Gestão da Saúde

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profa. Dra. Juliana Domingues
UNILA

Prof. Dr Anaxsuell Fernando da Silva
UNILA

Profa. Dra Maria Geusina da Silva
UNILA

Foz do Iguaçu, 08 de julho de 2023

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do/a autor/a: _____

Caroline Defaveri

Curso: Especialização em Gestão em Saúde

	Tipo de Documento
(.....) graduação	(x .) artigo
(x .) especialização	(.....) trabalho de conclusão de curso
(.....) mestrado	(.....) monografia
(.....) doutorado	(.....) dissertação
	(.....) tese
	(.....) CD/DVD – obras audiovisuais
	(.....) _____

Título do trabalho acadêmico: A rede de atenção à saúde mental no município de Cascavel/Pr: limites e possibilidades

Nome do orientador(a): Juliana Domingues

Data da Defesa: 08/07/2023

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, 23 de Julho de 2023.

Caroline Defaveri

Assinatura do Responsável

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo caracterizar a Rede de Atenção em Saúde Mental no município de Cascavel/Pr evidenciando seus limites e possibilidades, por meio de análise bibliográfica. Tem como ponto de partida a trajetória da atenção em Saúde Mental no Brasil a partir da década de 30, passando pela Reforma Sanitária e o Movimento Antimanicomial. Faz a apresentação da rede de atenção em saúde mental no Município de Cascavel, criada após o fechamento do Hospital Psiquiátrico São Marcos e caracteriza os limites e possibilidades da atenção em saúde mental no município, sua relação com a Rede de Atenção e Proteção intersetorial em especial a ligação com a Atenção Primária, atual porta de entrada para todos os serviços especializados, evidenciando a necessidade da criação em linhas de cuidados em saúde mental no município, a fim de auxiliar no planejamento das ações e reorganização do processo de trabalho.

Palavras-chave: saúde mental; política de saúde; atenção primária; linha de cuidado.

RESUMEN

El presente artículo tiene como objetivo caracterizar la Red de Atención en Salud Mental en el municipio de Cascavel/Pr, evidenciando sus límites y posibilidades, a través de un análisis bibliográfico. Tiene como punto de partida la trayectoria de la atención en Salud Mental en Brasil a partir de la década de 30, pasando por la Reforma Sanitaria y el Movimiento Antimanicomial. Presenta la red de atención en salud mental en el Municipio de Cascavel, creada después del cierre del Hospital Psiquiátrico San Marcos, y caracteriza los límites y posibilidades de la atención en salud mental en el municipio, su relación con la Red de Atención y Protección intersectorial, en especial la conexión con la Atención Primaria, actual puerta de entrada a todos los servicios especializados, evidenciando la necesidad de crear líneas de cuidado en salud mental en el municipio, con el fin de ayudar en la planificación de las acciones y la reorganización del proceso de trabajo

Palabras clave: salud mental; política de salud; atención primaria; línea de cuidado.

ABSTRACT

This article aims to feature the Mental Health Care Network in Cascavel/PR city, highlighting its limits and possibilities, through bibliographical analysis. Its starting point is the trajectory of mental health care in Brazil from the 1930s onwards, passing through the Sanitary Reform and the Anti-Asylum Movement. It presents the network of mental health care in the municipality of Cascavel, created after the closure of São Marcos Psychiatric Hospital and characterizes the limits and possibilities of mental health care in the municipality, its relationship with the Care and Protection Intersectional Network, in particular the connection with Primary Care, the current gateway to all specialized services, highlighting the need to create lines for the mental health care in the municipality, in order to assist in the planning of actions and reorganization of the work process.

Key words: mental health; health policy; primary attention; care line.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 A TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL	10
3 A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL	18
4 OS LIMITES E POSSIBILIDADES DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

No Brasil ocorreram importantes transformações que redimensionaram o modelo histórico de assistência centrado na referência hospitalar e centrado na filantropia, em especial após a implantação o Sistema Único de Saúde (SUS), e a Luta Antimanicomial no Brasil e a aprovação Lei nº 10.216/2001.

Nesse sentido, tem como tema a rede de atenção à saúde mental no Município de Cascavel/PR seus limites e possibilidades na assistência a pessoas em sofrimento psíquico, partindo do seguinte problema de pesquisa: Como se caracteriza a rede de atenção à saúde mental no Município de Cascavel/PR e quais seus limites e possibilidades assistência a pessoas em sofrimento psíquico?

A motivação para o trabalho vem da atuação profissional das autoras na política de saúde mental no referido município, a fim de avaliar as possibilidades de implementação e melhoria do trabalho desenvolvido no campo da saúde mental.

Tem como objetivo geral, caracterizar a Rede de Atenção em Saúde Mental no município de Cascavel/Pr evidenciando seus limites e possibilidades e os específicos, a) Apresentar a trajetória da atenção em Saúde Mental no Brasil; b) Caracterizar a rede de atenção em saúde mental no Município de Cascavel; c) Evidenciar os limites e possibilidades da atenção em saúde mental no município de Cascavel/PR.

Foi realizada pesquisa bibliográfica, por meio de documentos disponíveis em sites oficiais do governo federal e municipal, com levantamento de leis, decretos e periódicos que pudessem contemplar os objetivos deste trabalho através de revisão de literatura.

O trabalho estrutura em três seções, sendo que a primeira seção é apresentada a trajetória da saúde mental no Brasil, a partir década de 30, com ações manicomiais e filantrópicas, a emergência do movimento sanitário na década de 80, que contribui para as ações iniciais da Luta Antimanicomial, que culminaram na Lei nº 10.216/2001 e a atual estrutura de serviços que devem ser ofertados pelo SUS.

A segunda seção destina-se a apresentação rede de saúde mental do município de Cascavel, partindo do fechamento do Hospital Psiquiátrico São Marcos e a implantação de serviços substitutivos no município, com base na

legislação vigente, bem como a atual estrutura de serviços as pessoas em sofrimento psíquico.

A terceira seção dirige-se a relação do trabalho em saúde mental com a Rede de Atenção e Proteção Social do município e a nova reformulação do fluxo de atendimento as pessoas que necessitam de atendimento em saúde mental em serviços especializados, centralizando as formas e acesso inicial para a Atenção Primária em Saúde (APS), fazendo análise da fragilidade dos documentos norteadores para o trabalho da APS.

Assim, se finaliza a discussão sobre implicações positivas que uma linha de cuidado em saúde mental pode ter em uma rede de atenção a saúde mental estruturada da forma como a do município de Cascavel. Deste modo, este se espera que este artigo venha a contribuir com o debate sobre a necessidade de implementação dos processos de trabalho no âmbito do cuidado em Saúde Mental, visto a crescente demanda de atendimento nessa área nos últimos anos.

2 A TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Para entender a trajetória da atenção à saúde mental no contexto brasileiro até os dias atuais, se faz necessário analisar a construção histórica e a estruturação dos serviços de saúde pública à população, a qual passou por grandes mudanças diretamente influenciadas por questões políticas, econômicas e sociais, que constitui uma história marcada por interesses das classes dominantes, exclusão, desigualdades sociais.

Bravo (2009) coloca que a prática de saúde a população, no campo da saúde pública foi marcada pela filantropia. A autora reflete que da mesma forma que em países como Alemanha, França e Inglaterra, a assistência à saúde dos trabalhadores surge da industrialização e da reivindicação do movimento operário, sendo que no Brasil somente na década de 30 tal movimento ganha forma, tendo em vista que a industrialização nacional emerge tardiamente. Logo, iniciamos esse artigo partindo da análise de que as mudanças nas políticas sociais brasileiras emergem da “questão social”¹.

¹ Questão Social aqui entendida como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho

A partir da década de 30, após a implantação da Lei Elói Chaves, se deu início a criação das Caixas e Aposentadorias e Pensões (CAPs), embrião do sistema previdenciário brasileiro, contudo, esse sistema era administrado entre o governo, às empresas e empregados. Tal modelo privilegiava os trabalhadores com carteira assinada, em especial aqueles vinculados ao setor urbano e a categorias com grande volume de trabalho, pois provia a seus assegurados o acesso à assistência médica individual (BRAVO, 2009).

Ao restante da população se observava que o atendimento estatal se baseava em manter condições sanitárias mínimas, sendo que as demais ações de saúde eram prestadas por serviço privado e por instituições filantrópicas. Bravo (2009) refere que durante a ditadura militar a assistência a saúde passou a ser modernizada e burocratizada, mas ainda fortemente ligada ao setor previdenciário e privado.

Porém, é no período da ditadura militar que surge a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), sendo uma das associações para alavancar a reforma sanitária, no setor de saúde brasileiro (PAIN, 2011, p.18).

Durante a década 80 o movimento sanitário ganha forma e abre o debate para a sociedade civil, incluindo profissionais de saúde, sendo uma das frentes de luta a universalização do acesso a saúde.

De acordo com Paim (2009), somente a partir da Constituição da República 1988 que a saúde foi reconhecida como um direito social a todos os cidadãos brasileiros, ocorreu em face de diversas lutas de populares denominado movimento da Reforma Sanitária. Ressalta que além da garantia de acesso universal e igualitários a todos, serviços e ações de saúde devem estar voltados para promoção proteção e recuperação da população, consolidada pela da promulgação da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Importante afirmar que ações de prevenção e promoção estão relacionadas ao bem-estar e a qualidade de vida das pessoas, o que significa ampliar a visão de saúde conforme encontramos na legislação

Art. 30 Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a

torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2015, p.27)

alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990).

Paim (2009) coloca que dentre os avanços conquistados com o Sistema Único de Saúde (SUS), observamos a garantia de igualdade e integralidade da assistência, a qual deve oportunizar o acesso a diferentes níveis de atenção desde a Atenção Básica ou Atenção Primária em Saúde, especializada, ambulatorial até atenção hospitalar quando necessária.

Considerando a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a Atenção Básica deve ser a porta de entrada preferencial do SUS, principal responsável pela gestão do cuidado das pessoas e pela efetivação da integralidade, a qual é entendida como conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, por meio de uma equipe multiprofissional em um território adscrito, sendo as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) sua ação prioritária.

O desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde tem recebido peso nos últimos anos, e “tem o objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado”. Tem como meio “em particular o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família (PSF)” (PAIM, 2011, p.21).

Em paralelo ao desenvolvimento da política de saúde partimos para a evolução da saúde mental no Brasil, aqui observada a partir da década de 30. O acesso a saúde para as pessoas em sofrimento mental era prestado principalmente por entidades filantrópicas, “por isso a luta por saúde mental nasce de uma luta por saúde, que por sua vez, nasce por uma luta por direitos, liberdades civis e cidadania” (PARANÁ, 2022, p. 14).

É no contexto do Movimento Sanitário que surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas com propósito de reformular a assistência psiquiátrica. (BRASIL 2005).

Tal movimento inicia e passa a denunciar diversas violências que ocorriam nos hospitais psiquiátricos, dentre elas tortura, encarceramento em

manicômios contra pessoas denominadas de alienadas, loucas que eram diagnósticadas com moléstia mental, amparadas pela primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados:

Art. 1º O indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados. (*Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903*).

Segundo Amarante (1994), o surgimento da psiquiatria se efetiva com possibilidade de aglutinar os loucos em um mesmo espaço, para fins de estudos e de tratamento das loucuras, sendo os asilos e hospitais reconhecidos como um lugar privilegiado de produção e exercício do saber médico.

Os fundamentos das práticas clínicas difundidas do médico Phillipe Pinel, que ainda se fazem presentes nos dias de hoje, se baseavam no tratamento moral, isolamento do mundo exterior, pois para ele a loucura era entendida como alienação mental.

Amarante (1998) nos coloca que a prática do modelo clássico de psiquiatria, ganhou validação social, pois ainda tenta garantir à credibilidade a medicina psiquiátrica e influência à prática profissional até os dias de hoje, utiliza o modelo asilar, de internação como meio para justificar a “cura” das pessoas em sofrimento mental.

Assim, por vários anos perduraram os tratamentos baseados em longas internações em grandes hospitais e asilos psiquiátricos, marcado por condutas de violência, repressão e encarceramento. Foi na década de 1970 que deu início a luta pela desinstitucionalização da loucura e pelo fim dos manicômios.

A chamada Reforma psiquiátrica ganha forma em todo o mundo nesse período e influencia o movimento brasileiro. Mas, após a visita ao Brasil do médico italiano Franco Basaglia, em especial ao Hospital de Barbacena-MG, o qual o definiu como “um campo de concentração: o holocausto brasileiro” que a reforma ganha força e ecoa até atualmente (PARANÁ, 2022, p.14).

Observava-se que além das condições sub-humanas de vida dos internos do hospital, incluindo crianças, muitos não possuíam nem diagnóstico definido. Ainda foi verificado que o perfil dos internos era em sua maioria de pessoas marginalizadas pelo sistema capitalista.

Não deixa de ser peculiar, especialmente quando sobreposta à tragédia humanitária que milhares de pessoas viveram e viram naquela instituição, fonte de cadáveres para escolas de medicina, fonte de exclusão para muitos corpos desviantes, não por acaso em sua grande parte de cor negra, como nos deixam evidente as muitas fotos que podemos acompanhar nos documentários sobre o assunto (PARANÁ, 2022, p.15).

No entanto, após visitas de Basaglia e as críticas feitas ao contexto de violência da época, levou a uma crise junto a Divisão Nacional de Saúde Mental, gerando uma greve de trabalhadores em 1978 e a formação da Frente Ampla dos Movimentos dos Trabalhadores em Saúde Mental, em paralelo a recém-formada Associação Brasileira de Saúde Coletiva e outras associações.

Deste modo, a Reforma Psiquiátrica passa a se articular com os princípios do SUS e da Reforma Sanitária e abre a possibilidade de uma nova política de saúde mental, e começam a surgir campos inovadores de como trabalhar com a “loucura”.

No caso do Brasil, em 1987, é criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial, CAPS Luís da Rocha Cerqueira, que ficou conhecido como CAPS Itapeva, localizado atrás da Avenida Paulista, às sombras do Museu de Arte de São Paulo (MASP), ironicamente, já que historicamente os asilos de saúde mental e hospitais psiquiátricos eram colocados em porões, em instituições longe das cidades ou sem acesso ao mundo externo, o CAPS é instalado dentro da maior cidade brasileira e no principal no coração financeiro nacional (PARANÁ, 2022, p. 15).

Em seguida se observa a experiência no município de Santos-SP, que incluiu vários técnicos e pensadores da área, a fim de compor um projeto político daquela cidade que carregava o nome de “capital da AIDS no Brasil”. A qual instituiu a primeira tentativa de implantação de serviço de Redução de Danos.

Apesar de ter ocorrido o insucesso da tentativa na época de distribuição de seringas e outros dispositivos a população para diminuir os índices de HIV, o município Santos conseguiu a criação de um serviço substitutivo, chamada Rede de Cuidados Substitutivos, após o fechamento do hospício Casa de Saúde Anchieta (PARANÁ, 2022, p.16)

Nesse contexto surge os Núcleos de Atenção Psicossocial, dentre outras mudanças, influenciadas por Basaglia e a lei 180 na Itália, fomentada na cidade de Trieste, naquele país.

Doravante, um novo modelo de saúde mental entra na agenda governamental, bem como, a discussão de um novo modelo assistencial para o território nacional, sendo morosamente discutido, culminando na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais² e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil. A Lei 10.216/01 estabelece em seu artigo primeiro que as pessoas em sofrimento 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).

A mesma estabelece que seja de responsabilidade do Estado a promoção de ações de saúde mental com a devida participação da sociedade e da família. Ainda, que a internação, em qualquer das modalidades (voluntária, involuntária e compulsória), deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes, garantindo atendimento multiprofissional, bem como, obriga a informação ao Ministério Público de pacientes internados de forma involuntária. É apresentado que o tratamento visa, como finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu meio.

Já a Portaria nº 366, de 19 de fevereiro de 2002, estabelece a criação e a implantação dos CAPS, em suas diversas modalidades, sendo o CAPS I, CAPS II e CAPS III.

Em termos de implementação de política de saúde mental, temos no Brasil a institucionalização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), por meio do Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, a qual dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Observamos como uma das principais características desse decreto a formação de relações horizontalizadas entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação da RAS.

O Decreto nº 7508/2011, estabelece em seu artigo 9º que serão

² Nesse artigo será utilizado o termo pessoas em Sofrimento Mental, quando for tratado de pessoas portadoras de transtorno mental. Sofrimento mental é a expressão que foi escolhida pelo Sistema Conselhos de Psicologia no Brasil como alternativa ao transtorno mental, a fim de não estigmatizar as pessoas com problemas de origem psicológica.

“Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde” os serviços de atenção primária, atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto.

Nele ainda, Rede de Atenção Psicossocial passa a dialogar com a Atenção Básica, compreendendo que nela a centralidade de seu papel e a articulação do cuidado integral do usuário. Deste modo, em 2011, são integrados dados sobre saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) sendo estes também abordados durante desenvolvimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2014, p. 30).

Dentre os indicadores que passaram a ser coletados, se observa, proporção de atendimentos em saúde mental, proporção de atendimentos de usuário de álcool e taxa de alcoolismo, proporção de atendimentos de usuário de drogas (BRASIL, 2014, p. 30).

A partir da institucionalização da RAS em 2011, observa-se a possibilidade do fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental que busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária por meio do SUS, seguindo da publicação da Portaria MS/GM 3088 de 23 de dezembro de 2011.

A Portaria MS/GM 3088/2011 instituí a Rede de Atenção Psicossocial, “sendo sua finalidade 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 (SUS)” (BRASIL, 2011).

Conforme essa portaria a Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos componentes descritos no quadro abaixo:

COMPONENTES DA RAPS	
NÍVEL DE ATENÇÃO	SERVIÇOS
Atenção básica em saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde; • Núcleo de Apoio a Saúde da Família; • Consultório de Rua; • Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; • Centros de Convivência e Cultura.
Atenção psicossocial especializada	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.
Atenção de urgência e emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192; • Sala de Estabilização; • UPA 24 horas;

	<ul style="list-style-type: none"> • portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; • Unidades Básicas de Saúde, entre outros.
Atenção residencial de caráter transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento; • Serviços de Atenção em Regime Residencial.
Atenção hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria especializada em Hospital Geral; • Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
Estratégias de desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêutico; • Programa de Volta para Casa (PVC).
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Fonte: BRASIL, 2011.

Ainda, foi criado o CAPS ad VI, por meio da Portaria MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º que atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenas de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população.

Destaca-se ainda a importância que a reestruturação da assistência em saúde mental aconteça com base na Atenção Primária em Saúde (APS) que tem papel fundamental no cuidado integral das pessoas em sofrimento mental, não só pelo fato de ser porta de entrada e ordenadora do cuidado, mas também por ter base territorial, horizontal e multiprofissional (PARANÁ, 2022, p.6).

No contexto da Atenção Primária em Saúde, entende-se que as famílias das pessoas em sofrimento mental têm papel central no cuidado do paciente, sendo a família parte central para a identificação precoce de sintomas psíquicos, assim como podem contribuir na trajetória terapêutica e apoiar o vínculo do indivíduo com a APS e com os serviços de especialidade (PARANÁ, 2022, p.6).

Ressalta-se ainda que a opinião do usuário é de extrema importância para a implementação das ações do SUS em saúde mental, tanto na APS como nos CAPS, sendo observadas as assembleias, conferências e conselhos como meio de participação social do paciente.

O Plano Terapêutico Singular (PTS), entendido aqui como ferramenta construída de forma coletiva entre o usuário e a equipe de referência também é um elemento crucial na participação e avaliação do trabalho prestado aos usuários que necessitam de atendimento (PARANÁ, 2022, p.13).

O PTS deve ser elaborado com o usuário, a família do paciente e a

equipe de saúde e deve considerar os aspectos sociais, religiosos, o contexto familiar e cultural, dentre outros que venham a visar à eficiência do trabalho, bem como a criação de vínculos entre equipe e paciente a fim de que haja contratualidade das ações nele elencadas.

No entanto, transformar a “loucura” no imaginário social ainda é um grande caminho para as pessoas em sofrimento mental, para a sociedade e trabalhadores em saúde. Entender que o trabalho em saúde mental pode não objetivar a “cura”, mas sim a estabilidade e a possibilidade de convivência em comunidade ainda é algo a ser trabalhado de forma macro e micro política.

3 A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL

O município de Cascavel se localiza na região oeste do Paraná, no Brasil e tem se tornado um território com grande potencial de crescimento econômico, se destacando na agroindústria e no comércio regional. Possui área territorial de 2.091,199 km², com 348.051 habitantes segundo dados do IBGE publicados em 2023.

No âmbito da saúde pública, o município pertence a 10^a Regional de Saúde do Estado do Paraná, atualmente não apresenta gestão plena, sendo necessário coberturas de média e alta complexidade da gestão estadual e federal (CASCAVEL, 2022).

No que se refere à RAPS do município, Araújo (2018) descreve que Hospital Psiquiátrico São Marcos (HSM) era a principal referência de assistência à população de Cascavel e região, e atuou mais de 30 anos na cidade, credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com 315 leitos, sendo que o seu fechamento em 2003.

O fechamento do hospital ocorre também devido a implementação da Lei nº 10.216/2001, que levou a diminuição do financiamento de leitos hospitalares e a construção de um sistema de atenção psicossocial em Cascavel e por cobranças do Ministério Público.

Ainda, o município de Cascavel, amparado pela Lei Estadual nº 11.189/1995, possuía um ambulatório para consultas psiquiátricas e atendimentos psicológicos, ofertado pelo CRE - Centro Regional de Especialidades (ARAUJO, 2018).

Destaca-se que o primeiro serviço substitutivo de assistência à saúde mental implantado em Cascavel foi o Núcleo de Assistência Psicossocial - NAPS em 2001, que tinha a finalidade de atender crianças e adolescentes usuários de drogas e com transtorno de conduta. Em 2002 o NAPS foi substituído pelo Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i) Lázara de Araújo Tomé, seguindo a portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 (ARAUJO, 2018; DIAS E COLS, 2021).

Segundo Araújo (2018) a secretaria de Saúde de Cascavel, também cria o Centro de Atendimento em Saúde Mental (CASM), que tem a função de atender os indivíduos adultos que apresentam sofrimento psíquico e suas famílias.

Em 26 de junho de 2004 foi inaugurado CAPS ad infantojuvenil, pois neste período havia uma demanda significativa de adolescentes fazendo uso abusivo de álcool e outras drogas, e que necessitava de tratamento especializado, reabilitação e ressocialização junto à família e comunidade. (ARAUJO, 2018)

De acordo com Dias (2008), neste período reorganização e estruturação dos serviços de assistência em psiquiatria, foi evidenciado que as equipes de saúde em geral, desde Atenção Básica até os serviços de emergência, já que não havia preparo para atender essa demanda.

Araújo (2018) destaca que foi criado em 2006 o Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) que contava com leitos de estabilização, como também deveria prestar serviço de apoio e acompanhamento aos moradores das Residências Terapêuticas que atendem pacientes egressos do hospital psiquiátrico.

Em parceria com o governo do Estado do Paraná, por meio do CISOP – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná, juntamente com a Regional de Saúde são atendidos encaminhamentos para consulta psiquiátrica e também há o SIMPR – Serviço Integrado de Saúde Mental, composto por um CAPS ad III – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Unidade de Acolhimento para Adulto, o qual atende município de Cascavel e os demais da 10ª Regional de Saúde (ARAUJO, 2018).

Por último foi criado pelo Decreto nº 15.239, de 17 de fevereiro de 2020, Clínica Escola, para atendimento as especificidades clínicas e pedagógicas da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista – TEA, em parceria com a Secretaria de Educação e Saúde, sendo que após o Decreto nº 16.981/22, as atividades no âmbito

da saúde passam a ser organizadas pela Divisão de Saúde Mental, logo, o serviço passa ser reconhecido como parte da RAPS.

No que se refere ao acesso a internações hospitalares tanto clínicas quanto psiquiátricas, o município utiliza os leitos disponibilizados pelo governo do estado, sendo que a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA implantou em 2012 a Central de Regulação de Leitos em Saúde Mental do Estado do Paraná. A Central de Regulação de Leitos reúne ações voltadas à regulação do acesso ao Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial (PARANÁ, 20145b, p.01).

No que tange a Atenção Primária em Saúde Cascavel possui 34 unidades de saúde no território urbano, 10 em área rural, totalizando 44 unidades de saúde. Ainda possui uma unidade de Consultório na Rua, que atende em âmbito municipal.

Na atenção a Urgências e Emergências, há três Unidades de Pronto Atendimento, sendo uma delas operacionalizada pelo CONSAMU – Consórcio de Saúde dos Municípios do Oeste do Paraná, o qual também é responsável pelo atendimento do SAMU.

Em linhas gerais a RAPS no município de Cascavel se organiza conforme quadro abaixo:

Nível de Atenção	Serviços
Atenção Primária em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades Básicas de Saúde e/ou Unidades de Saúde da Família • Consultório na Rua
Atenção psicossocial especializada	<ul style="list-style-type: none"> • CAPS i • CAPS ad Infantojuvenil • CAPS III • CASM - Centro de Atendimento em Saúde Mental • CETEA - Clínica Escola na Área da Saúde para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista; • Residências Terapêuticas
	<ul style="list-style-type: none"> • CAPS ad III / SIMPR (Estadual) • Ambulatório de Saúde Mental CISOP (Estadual)
Atenção de urgência e emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192; • Três UPAs 24 horas
Atenção hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamentos para a Central de Regulação de Leitos em Saúde Mental do Estado do Paraná.

Fonte: Cascavel, 2023.³

Relativo ao número de atendimentos da RAPS no município, os dados públicos disponíveis são aqueles liberados pela SESAU apresentações dos

³ Disponível em: <https://cascavel.atende.net/cidadao/pagina/sesau-unidades-de-saude>. Acesso em: 10 de jun. 2023.

relatórios quadrimestrais, disponíveis na página da Secretaria sendo utilizados aqueles referentes ao ano de 2022⁴.

Relativo aos atendimentos das unidades de saúde, não encontramos dados dos pacientes em sofrimento mental tais como, número de pacientes em fila de espera para psiquiatria ou psicologia e a faixa etária dos mesmos.

No que se refere aos atendimentos em psicologia para crianças e adolescentes, consta média de 940 atendimentos mês no ano de 2022, sem faixa etária definida.

No âmbito dos CAPS, observamos no CAPS ad infantojuvenil, apresenta em média 74 consultas psiquiátricas mês, além de cerca de 818 atendimentos multiprofissionais mês no ano de 2022. O CAPS III realizou cerca de 240 consultas psiquiátricas no ano de 2022 e em média 707 atendimento mês com equipe multiprofissional para pacientes adultos. Já o CAPSi obteve média de 284 atendimentos em psiquiatria e como média mensal, 2145 atendimentos multiprofissionais.

Relativo CAPS ad III, são apresentados dados somente dos dois primeiros quadrimestres de 2022, com média de 81 consultas psiquiátricas mês num período de oito meses, bem como média de 1600 atendimentos multiprofissionais no mesmo período.

No âmbito dos atendimentos no CASM, observou-se que no ano de 2022, média de 827 consultas psiquiátricas e médias de 960 atendimentos psicológicos para adultos.

Já nos encaminhamentos para os hospitais psiquiátricos credenciados junto a rede estadual houve média mensal de 19 leitos liberados mensalmente para o município de Cascavel em 2022.

Não constam dados específicos sobre pacientes em sofrimento mental que tenham dado entrada nos serviços de urgência e emergência municipais. Em linhas gerais, se observa que não há padronização da coleta de dados dos pacientes atendidos pelos serviços de especialidade em saúde mental, o que dificulta uma análise comparativa dos atendimentos por faixa etária por meio dos dados publicados a população.

4 Disponível em:

<https://cascavel.atende.net/cidadao/pagina/atende.php?rot=1&aca=571&ajax=t&processo=viewFile&ajaxPrevent=1686843940853&file=0908AED02A26B0A50359ED744856F20BE7BCF94C&sistema=WPO&classe=UploadMidia>. Acesso em: 15 de jun. 2023.

Ainda, considerando que não há dados de quantos pacientes, em suas diferentes faixas etárias e demandas de atendimento na Atenção Primária, podemos observar que neste momento não há como dimensionar realmente qual o a real demanda de pessoas que estejam procurando os serviços do SUS para atendimento relativo à saúde mental.

Considerando que os planejamentos em saúde são realizados por meio de dados obtidos dos diversos níveis de atenção, a falta de padronização e coleta adequada das pessoas em sofrimento mental pode acarretar na implementação de ações paliativas, fragmentadas e de baixa resolutividade no campo da saúde pública.

4 OS LIMITES E POSSIBILIDADES DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR

Como podemos observar, a RAPS do município de Cascavel encontra-se bem estruturada frente aos dispositivos elencados na legislação atual, esta construção ocorreu devido demandas intrínsecas aos serviços de saúde, bem como, devido a demandas dos serviços da rede de proteção municipal, sendo esta considerada modelo para os demais municípios da região oeste.

Apesar da Rede de Atenção e Proteção Social ter sido regulamentada apenas em 2020, pelo Decreto municipal nº 15.276 de 09 de março, a Rede na última década teve papel fundamental na organização dos fluxos intersetoriais e no próprio fluxo dos atendimentos de saúde mental, como veremos.

Tozo afirma que “a forma com que se relacionam os serviços da RAPS com a Rede foi mediada pela maneira como se organizaram os fluxogramas e também pelos outros instrumentos criados para essa articulação”, bem como, as “ferramentas para encaminhamentos de pacientes de um serviço ao outro é um dos elementos para a reorganização das práticas de trabalho, pois promove a integração entre esses serviços” (TOZO, 2019, p. 74 e 82).

Este mesmo autor ainda analisa que o sistema de referência e contra referência já ocorre no campo da saúde, sendo que esse sistema orienta o fluxo de pacientes, em geral de forma verticalizada entre todos os níveis de complexidade do SUS. Refere ainda que esse sistema pode ser engessado e

burocrático, com pouca possibilidade de flexibilização, sendo isso um dos impasses para a articulação das redes.

Considerando a interlocução entre a RAPS e a Rede, segundo Amorin (2016), alega que foi por meio das comissões que surgiram a estruturação dos fluxos municipais, os quais visavam padronizar os encaminhamentos entre os serviços, por meio da representação de um fluxograma. Deste modo,

o fluxograma pode ser entendido como um diagrama, utilizado por diferentes áreas de conhecimento, com o objetivo de delinear o modo como se organiza um conjunto de processos de trabalho, vinculados entre si (TOZO, 2019, p. 86).

Arilo e Oliveira (2020) apontam ainda que os fluxos são fatores fundamentais para a Atenção Primária em Saúde para a gestão do trabalho, pois permite estabelecer os procedimentos decisórios para aqueles que oferecem o serviço. Considerando que a Atenção Primária é porta de preferência para ordenação e comunicação dos serviços, ela precisa de ferramentas e métodos que podem ser utilizados na organização e administração do serviço.

Nesse sentido, pode-se observar que a construção dos fluxos de saúde mental no município de Cascavel parte da necessidade de ordenação administrativo-organizacional preconizada pelo SUS, mas também que sofreu influência dos serviços intersetoriais, por meio da Rede.

Deste modo, nos documentos da Rede de Atenção e Proteção, há registros dos fluxos de toda a rede de proteção, e do Núcleo de Saúde Mental, formalizados no ano de 2021 e vigentes até esta data.

Dentre os documentos publicados estão atas de reuniões a partir do ano de 2021, três fluxogramas referentes à RAPS Municipal, sendo Fluxo de atendimento a partir da atenção primária à saúde (APS); Fluxo – Saúde Mental (a partir da UPA); Fluxo pós-alta de internamento psiquiátrico. Ainda há o descritivo dos fluxogramas com o nome de Fluxo de atendimento a pessoas com queixas ou condições relacionadas à saúde mental⁵ (CASCAVEL, *on line*, 2021)⁶.

⁵ Disponível em: <https://cascavel.atende.net/subportal/secretaria-municipal-de-assistencia-social/pagina/rede-de-atencao-e-protecao>. Acesso em: 10 de jun. 2023.

⁶ CASCAVEL, Prefeitura de Cascavel. **Fluxogramas - Núcleo de Saúde Mental**. Disponível em: <https://cascavel.atende.net/subportal/secretaria-municipal-de-assistencia-social/pagina/fluxogramas-nucleo-de-saude-mental>. Acesso em 10 jun. 2023.

Na memória de reunião de 09 de novembro de 2021, disponível na página da Rede de Proteção, consta que nesta data foi apresentado e aprovado os três fluxos de saúde mental do município disponível atualmente publicado, sendo que eles devem contemplar todas as faixas etárias, inclusive aqueles em uso de substâncias psicoativas. Nesta memória também consta que a entrada dos pacientes em sofrimento mental passa a ser pela Atenção Primária.

Verifica-se que a memória de reunião de 28 de março de 2023, é reforçado novamente que

Dentre os serviços apresentados estão designados como porta de entrada para os atendimentos em saúde mental as UBS/USF que atenderão o paciente e se necessário encaminharão ao médico psiquiatra para uma avaliação mais precisa. Após avaliação psiquiátrica, o paciente poderá dar continuidade no tratamento seja nos CAPS (ad, i, III, ad III - SIM-PR), CASM ou CETEA (para os casos de diagnóstico de autismo) (CASCAVEL, 2023).

Todavia, nas memórias de reunião disponíveis não há nenhuma menção de como foi a construção dos fluxos de trabalho, não consta se houve participação dos usuários, de participantes da Atenção Primária em Saúde ou dos serviços que compõe a rede intersectorial de serviços (CASCAVEL, 2021; 2022; 2023).

O Fluxo de atendimento a partir da atenção primária à saúde (APS) procura apresentar inicialmente os locais dos quais pessoas em sofrimento mental podem ser identificadas, bem como, centraliza o atendimento a APS como porta de entrada, para que ela direcione para os demais serviços especializados, verificando assim uma lógica verticalizada de atendimento (CASCAVEL, 2021).

No descritivo que explica o andamento dos fluxos, observamos que o mesmo é composto por tópicos, e inicia pelo atendimento a partir da APS. Inicia colocando que o

Acolhimento de pessoas com queixas ou condições relacionadas à saúde mental, ou ao uso de substâncias, deverá ser realizado pelos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e será ordenado pelos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS); (CASCAVEL, 2021).

No fluxo é apontado que a pessoa deve ser avaliada por equipe multidisciplinar da APS, sendo que coloca novamente nos tópicos sequenciais perguntas que devem ser feitas pelos profissionais no processo de atendimento.

(CASCAVEL, 2021). Entretanto, não está relacionado quais profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar e o papel que cada membro deve desempenhar.

No descritivo, ainda é apontado que os casos em que haja necessidade de atendimento de serviço de especialidade em saúde mental, a APS deve encaminhar o caso para a Central de Regulação Ambulatorial - CRA (CASCAVEL, 2021).

No plano municipal de saúde descreve que a Central de Regulação Ambulatorial (CRA) é parte da Divisão de Controle, Avaliação e Auditoria, responsável pelos procedimentos de auditorias sobre a produção dos serviços de saúde pública nos serviços próprios da atenção básica ampliada (CASCAVEL, 2023).

Logo, subentende-se que todos os casos que forem encaminhados para análise e atendimento dos CAPS ou outros serviços de saúde mental devem passar pela análise do CRA, contudo, o material não aponta quem seriam os reguladores municipais, e quais critérios para o direcionamento dos pacientes.

O documento refere que APS deverá manter acompanhamento exclusivo em seu nível de atenção, em especial nos casos pessoa voluntária ou involuntária ao atendimento, que não necessite de internamento hospitalar e de atendimento especializado em saúde mental, mas não se observa ainda qual o papel dos CAPS ou outros serviços na RAPS municipal (CASCAVEL, 2021).

Podemos observar que todos os serviços presentes na rede de atendimento municipal estão descritos nesse fluxo, o que dificulta a análise do leitor (CASCAVEL, 2021).

Em relação ao fluxo de Saúde Mental para pessoas em sofrimento psíquico que necessitem de atendimento de urgência e emergência, se observa novamente a definição dos locais que podem acolher tal demanda tais como a procura espontânea, atendimentos de SAMU, dentre outras situações que são direcionados para UPA, como também cita os demais desdobramentos dos atendimentos dos serviços de urgência (CASCAVEL, 2021).

Verifica-se que todos os casos que dão entrada na UPA devem ser direcionados para a APS, mesmo aqueles que são encaminhadas para internação ou que já tenham vínculo com serviços de especialidade (CASCAVEL, 2021).

Constata-se que não há nenhuma orientação para as equipes de especialidade no que se refere a busca do histórico de atendimento do paciente ou

aos serviços que compõem a RAPS e que podem auxiliar no atendimento do paciente.

Por fim, no que se refere ao fluxograma pós-alta de internação psiquiátrica, verifica-se Setor de internamento da Secretaria Municipal de Saúde deve encaminhar todos os casos de alta para os serviços que fizeram o encaminhamento para internação, sendo que no caso dos internamentos solicitados por serviços de especialidade também a APS também deve ser comunicada.

É responsabilidade da APS oferecer cuidado longitudinal às pessoas que utilizam RAPS, estando elas em acompanhamento ou não, em serviços especializados em saúde mental. Longitudinalidade entendida aqui como o cuidado prestado ao paciente considerando aspectos emocional, mental, espiritual e físico, em cada momento de sua vida (BARATIERI e MARCON, 2011, p.805).

A APS, por sua vez, deve fazer busca ativa e acompanhamento longitudinal daquelas pessoas que foram referenciadas pelas UPAs ou pelo Setor de Internamentos da SESAU, bem como, realizar contínua avaliação daquelas pessoas que ocupam posições em filas de espera por atendimento em serviços especializados em saúde mental (CASCAVEL, 2021).

No entanto, o material não descreve como esta fila é organizada, se está centralizada no CRA ou se há outro sistema em que se podem vincular os pacientes. Sendo que não foi evidenciado se há formas de distinguir os pacientes em uso de psicóticos, nem quais critérios são utilizados, ou hipóteses diagnósticas ou até mesmo relatos da rede de serviços.

Deste modo, observa-se que falta uma organização ou uma padronização do sistema, não no sentido de traçar convergências ou divergências no cuidado a saúde mental, mas com o intuito de procurar meios para implementar os trabalhos desenvolvidos pelos trabalhadores do SUS.

Observamos que o fluxo vigente é esquematizado de forma confusa para os profissionais da rede de saúde, em especial da APS, contudo, o mesmo direciona a maior parte do atendimento para este nível de atenção, bem como, a porta de entrada para todos os demais serviços, com exceção das emergências, apesar do decreto 7.508/2011 que a atenção psicossocial também faz parte das portas de entrada do SUS.

Lembramos que os componentes para repasse de recursos governo federal aos municípios no âmbito do Previner Brasil, Portaria nº 3.222/2019 apenas

pontua ações em saúde mental, mas até a data não delimita ações ou metas de atendimento que configurem repasse de recurso para a APS ou serviços especializados.

Considerando que foi atribuído a responsabilidade para a APS de fazer o acompanhamento longitudinal aos pacientes em sofrimento mental, não há documento norteador municipal de delimite o trabalho deste nível na APS e abre margem para que o planejamento de ações em saúde mental seja feito conforme avaliação de cada unidade de saúde, e não necessariamente que sejam atividades contínuas.

Os encaminhamentos permanecem distribuídos de forma verticalizada e se centralizam em um setor responsável o CRA, que não faz atendimento ao caso, apenas analisa os documentos encaminhados. Conforme mencionado acima, encaminhamentos verticalizados contribuem para a burocratização do sistema e podem não oportunizar atendimento célere.

Outra situação observada é que casos graves, que dão entrada nas unidades de urgência e emergência também são direcionados para a APS, não havendo caminho para a chegada de pacientes destes serviços a atenção especializada.

Nesse sentido, parafraseando Guizardi e Pinheiro (2006) o que se propõe é construir uma linha de cuidado em saúde mental forjada nos saberes e espaços cotidianos daquilo que já é realizado e partindo para aquilo é viável e ideal no trabalho junto a pessoas em sofrimento mental, as quais podem estar distribuídas em vários campos do atendimento profissional, em especial aquele de base territorial, como é a APS.

Logo, a criação de uma Linha de Cuidado Integral em Saúde Mental Municipal ou uma Linha Guia em Saúde Mental, poderia, mesmo que de forma incipiente, introduzir olhares e propostas de trabalho que ainda são frágeis, mesmo após duas décadas de Lei Antimanicomial.

Entendemos aqui como Linha de Cuidado Integral, normas e ações no cotidiano do processo de trabalho pactuado e construída de maneira coletiva, o qual deve expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, a fim de atender às suas necessidades de saúde, incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma

forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social (PESSÔA, 2011, p.21, 22).

As Linhas de Cuidado em Saúde Mental são muito importantes, porque possibilitam a APS propostas de trabalho com base territorial, integral, horizontal e multiprofissional, o qual desloca o foco na doença para o indivíduo, que por sua vez vive em um complexo contexto social (PARANÁ, 2022, p. 6).

As linhas de cuidado, apesar de incluir, transpõe a lógica da referência e da contrarreferência, visto que, não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também por um sistema de governança e logística reconhecido pelos gestores dos serviços e pelas políticas públicas que podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho e facilitando o acesso horizontal do usuário aos serviços de saúde (PESSÔA, 2011, p.21).

A Linha de Cuidado seria um balizador do trabalho, pois deve conter no Projeto Terapêutico atividades que tem por finalidade resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco, clínico, social, econômico, ambiental e afetivo (PESSÔA, 2011, p.22).

Nela deve conter instrumentos e protocolos, sem deixar que o trabalho fique amarrado e engessado, sendo que as ações apesar de ocorrerem de forma compartimentada ainda consigam integrar as unidades e níveis de atenção, bem como, cada dispositivo deverá se comunicar entre si (PESSÔA, 2011, p.23).

As linhas de cuidado não contêm todas as respostas para os problemas relativos aos processos de trabalho no âmbito da saúde mental e na sua interlocução com os demais serviços, todavia, trazem variadas possibilidades de trabalho com maior qualidade junto a APS.

Por fim, destaca-se a importância de pensar em linhas de cuidados em saúde mental, pois não há profissionais especializados suficientes para atender todas as demandas de sofrimento mental, nem mesmo em países desenvolvidos. Verifica-se na APS que os profissionais conhecem a realidade do paciente e os problemas podem ser abordados em conjunto com equipes multiprofissionais. O cenário da atenção primária é mais atrativo a pessoas que possuem transtornos mentais devido ao estigma e preconceitos que sofrem por estarem em serviços especializados (PARANÁ, 2022, p.7, 8).

Ainda, na ótica do psicossocial, devemos destacar que a troca de saberes e experiências, corresponsabiliza todos os atores envolvidos no processo

do cuidar. O cuidado deve estar presente em todos os níveis de gestão, não esquecendo aqui a necessidade de revisão da legislação vigente para demandas atuais, bem como a revisão de repasse de recursos para a ampliação e qualificação dos atendimentos ao usuário.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao descrever como ocorreu o processo de reestruturação da assistência em saúde mental no Brasil, e os desdobramentos desta história no município de Cascavel, verificamos que foram muitos os avanços conquistados principalmente após a consolidação do SUS e da aprovação da lei 10.216/ 2001, que propiciou a implantação de uma rede serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico.

Por meio da pesquisa e análise bibliográfica, de artigos científicos e documentos oficiais verifica-se que toda organização da rede de saúde mental de Cascavel, se deu de forma gradativa com implantação dos CAPS, residências terapêuticas, ambulatórios de saúde mental e organização para internação hospitalar junto ao governo do estado do Paraná.

Observa-se que apesar de Cascavel não contar com gestão plena em saúde, a rede de saúde mental foi bem estruturada no decorrer dos anos e possui vários dispositivos que podem proporcionar atendimento há um número expressivo de pessoas em sofrimento mental, tanto nos serviços de saúde de base territorial, como no caso das unidades de saúde, mas também em seus serviços que contemplam as especialidades.

Outro ponto de destaque se refere aos fluxos de saúde mental criados a partir de uma articulação da RAPS com Rede de Atenção e Proteção Social, que atribuem a responsabilidade à APS avaliação, encaminhamento e acompanhamento longitudinal de pessoas em sofrimento psíquico com a premissa ser ordenadora do cuidado.

No entanto, há pontos que merecem nosso destaque e que notoriamente merecem atenção dos gestores como algumas fragilidades que criam limitações ao trabalho da RAPS no município, sendo primeiramente a falta de documento norteador que direcione as ações da equipe da APS quanto aos

procedimentos mínimos que devem ser realizados pelos mesmos, e quais atividades mínimas devem ser realizadas com os pacientes em sofrimento mental nos seus diferentes níveis de complexidade e gravidade.

Outro fator observado é a falta de padronização da coleta e publicação de dados oficiais, bem como, a impossibilidade de saber quantos pacientes em sofrimento mental são atendidos de fato pela rede municipal, o que acarreta na implementação de ações paliativas, fragmentadas e de baixa resolutividade no campo da saúde pública para os usuários.

Neste sentido, este trabalho propõe a criação de uma linha de cuidado em saúde mental que pode fortalecer o debate no campo da saúde mental no município, bem como trazer a luz discussões sobre como realizar o cuidado longitudinal de usuários que estejam em sofrimento mental ou que possam ter episódios de crises graves em saúde mental.

Considerar o trabalho no campo da territorialidade e reconhecer que o espaço de convívio do paciente pode ser um ambiente de doença ou saúde no campo da saúde mental e um dos desafios que a linha guia, projetada a partir da realidade municipal tem para ser construída e implementada nos próximos anos.

Cabe lembrar que o campo da saúde mental é multifacetado e merece atenção dos gestores municipais, no campo do planejamento e implantação das ações em seus diversos níveis, bem como que a qualificação de equipes multiprofissionais é de extrema importância para trabalhar com as novas demandas que se apresentam na atualidade.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil [on line]. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, Paulo. **Uma aventura no manicômio**: a trajetória de Franco Basaglia. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.61-77, jul. Out. 1994. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/R9QryCkZWQcXCkKCxtsDWdJ/?format=pdf&lang=pt>
Acesso 25 de mai. 2023

AMORIN, Adilson de. **A Rede de Atenção e Proteção Social da Criança e do Adolescente na Cidade de Cascavel/ Pr: um olhar histórico**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2016. 16 p. TCC, Curso de Especialização em Educação, Pobreza e Desigualdade Social. Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.

ARAUJO, Franciele Aparecida de. **O processo de reorganização da saúde mental Cascavel – PR (1970-2018)**. 385 f. Tese Doutorado - Programa de Pós-Graduação em História. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia: 2018.

BARATIERI, Tatiane; Sonia Silva, MARCON. **Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família**. Esc Anna Nery (impr.)2011 out-dez; 15 (4):802-810. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/tvH3LrCQNwSVRkpCKGGkbitmap/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 de jul. 2023.

BRASIL. Casa Civil (1990) Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília. Acessado https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

_____. Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Brasília. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Ministério da Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2011.

_____. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Lei nº 10.216, 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. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2001.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Ministério da Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2011.

_____. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Ministério da Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2002.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Elizabete [et al.] (org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo.

Cortez: Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

CASCAVEL, Prefeitura de Cascavel. **Memória de Reunião - Saúde Mental**. Disponível em: <https://cascavel.atende.net/cidadao/pagina/memoria-de-reuniao-saude-mental>. Acesso em 10 jun. 2023.

CASCAVEL, Prefeitura de Cascavel. **Rede de Proteção e Atenção Social**. Disponível em: <https://cascavel.atende.net/subportal/secretaria-municipal-de-assistencia-social/pagina/rede-de-atencao-e-protecao>. Acesso em 10 jun. 2023.

CASCAVEL. Decreto nº 15.276/2020. Regulamenta a rede de atenção e proteção social do município de Cascavel/PR. Cascavel: Órgão Oficial Eletrônico Município de Cascavel, 2020.

CASCAVEL. **Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025**. Aprovado pela Resolução CMS/Cascavel nº 06 de 21 de fevereiro de 2022. Disponível em: <https://cascavel.atende.net/cidadao/pagina/atende.php?rot=1&aca=571&ajax=t&processo=viewFile&ajaxPrevent=1687309514416&file=CB51EB115CD25897878DB8E1C1DEEE9E504CFDCD&sistema=WPO&classe=UploadMidia>. Acesso em: 20 de mai. 2023.

DIAS, Teresinha Alves. **Reforma Psiquiátrica na Região Oeste do Paraná: O discurso dos enfermeiros e suas práticas**. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2008, 143 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

DIAS, Thaisy de Paula; PASTÓRIO, Inês Terezinha; SOUZA, Izaque Pereira de. **A atuação do profissional de serviço social junto aos pacientes do CAPSI (centro de atenção psicossocial infantil) do Município de Cascavel – PR**. Brazilian Journal of Development. 2021.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 26. ed. São Paulo. Cortez: 2015.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/cascavel/panorama>. Acesso em: 30 de mai. 2023

PAIM, J. et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The Lancet, v.377, n.9779, p.1178-1797, 2011. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em 9 ago.2021. Acesso 27 de mai. 2023.

PAIM, JS. **O que é o SUS** [online]. Rio de Janeiro: Editora. FIOCRUZ, 2009. Disponível em <http://books.scielo.org>

PARANÁ. Secretaria da Saúde. Escola de Saúde Pública do Paraná. Centro Formador de Recursos Humanos. **Caderno da Unidade de Aprendizagem. 1 - Saúde Mental no Contexto das Políticas Públicas**. Curitiba: SESA, 2022.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. Escola de Saúde Pública do Paraná. Centro

Formador de Recursos Humanos. **Caderno da Unidade de Aprendizagem 3 - Gestão do Cuidado em Saúde Mental. Módulo 3.1 - Atuação em Equipes no Cuidado em Saúde Mental no Contexto da Atenção Primária a Saúde.** Curitiba: SESA, 2022.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. Escola de Saúde Pública do Paraná. Centro Formador de Recursos Humanos. **Caderno da Unidade de Aprendizagem 4 – Gestão de Caso em Saúde Mental. Módulo 4.2 – Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.** Curitiba: SESA, 2022.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Rede de Saúde Mental: Norma geral de regulação do fluxo assistencial hospitalar em saúde mental.** Curitiba: SESA, 2014.

PESSÔA, Luisa Regina (org). **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde.** Rio de Janeiro, Ensp, 2011.

REIS, Jhonny Cleverson dos. **Políticas de atenção ao indivíduo em sofrimento mental em um município do oeste do Paraná. 2009.** 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.