

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

Doutorado em Bioética

Leonardo Sérgio Luz

**Os fundamentos da bioética e a assistência à saúde mental em uma
cidade do interior do Piauí**

São Paulo

2016

Leonardo Sérgio Luz

**Os Fundamentos da Bioética e a assistência à saúde mental em
uma cidade do interior do Piauí**

**Tese apresentada ao Curso de Doutorado em
Bioética do Centro Universitário São Camilo,
orientado pela Prof. Dra. Vera Lucia Zaher,
como requisito parcial para obtenção do título
de Doutor em Bioética**

São Paulo

2016

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Padre Inocente Radrizzani

Luz, Leonardo Servio

Os Fundamentos da bioética e a assistência à saúde mental em uma cidade do interior do Piauí / Leonardo Servio Luz. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2016.

87 p.

Orientação de Vera Lucia Zaher

Dissertação de Mestrado em Bioética, Centro Universitário São Camilo, 2016.

1. Assistência à saúde mental 2. Bioética 3. Bioética de intervenção 4. Ética 5. Responsabilidade social I. Zaher, Vera Lucia II. Centro Universitário São Camilo III. Título

CDD: 179.1

Leonardo Sérgio Luz

**Os Fundamentos da Bioética e a assistência à saúde mental em
uma cidade do interior do Piauí**

São Paulo, _____ de 2016

Profa. Vera Lúcia Zaher (orientadora)

Prof.(a) Examinador(a)

Prof.(a) Examinador(a)

Prof.(a) Examinador(a)

Prof.(a). Examinador(a)

AGRADECIMENTOS

Desde criança, ouvia meus pais e avós dizendo que os estudos sempre deveriam estar em primeiro lugar. Falavam eles que, se eu perdesse todo o dinheiro que havia acumulado, eu poderia começar do zero novamente se tivesse uma boa formação. Filho de uma mãe pedagoga e de um pai advogado, desde cedo, aprendi que a busca pelo conhecimento tinha grande importância, mas que, sem respeito e dedicação ao próximo, não importando credo, raça ou posição social, ele de nada adiantaria.

Dedico este trabalho, inicialmente, a uma energia superior (que aprendi quando criança a chamar de Deus), aos meus pais Inácio (*in memoriam*) e Izolete, ao meu companheiro Edmilson, minha irmã Diana e à minha amiga Lia Damásio (sempre um ombro amigo e acalentador).

Meu pai sempre foi um homem simples, com uma inteligência peculiar e com uma capacidade de oratória que sempre me inspirou. E minha mãe é uma mulher de personalidade forte, com quem aprendi princípios como honestidade, compaixão e doação ao próximo.

Ao Edmilson, preciso agradecer a paciência durante esse árduo processo de amadurecimento acadêmico, onde, muitas vezes, tive que me ausentar da vida social e familiar para uma dedicação maior à confecção deste trabalho. E, além disso, agradecer pelo apoio e carinho nos momentos de angústia e estresse, onde me incentivou e me ajudava a lidar melhor com meus limites e fragilidades.

Queria agradecer também a todos os professores que tive durante minha vida, desde a primeira infância até os dias de hoje. A semente de ter como ofício o ensino e a busca por conhecimento foi plantada desde cedo, pois tive grandes mestres.

E, por último, queria agradecer especialmente e, com todo o carinho, à excelente professora, à boa amiga e à maravilhosa pessoa Vera Zaher. Não tenho como descrever a profunda gratidão que tenho a ela. Sempre me incentivou desde os

primeiros dias de aula, quando a conheci. Na disciplina de Bioética Clínica, fiquei impressionado com tamanha sensibilidade e lucidez em discutir bioética em situações não somente de clínica, mas sim de vida. Nossos momentos de orientação de tese foram marcantes. Além da discussão sobre a tese em si, falávamos sobre a vida, sobre as pessoas e seus sonhos, e, tudo isso, geralmente com um bom jantar, pois além de inúmeras outras qualidades, a professora Vera é uma verdadeira mestre na arte culinária. Foram bons momentos que, verdadeiramente, sempre farão parte das boas e vivas lembranças. Muito obrigado mesmo, minha amiga e professora Vera. Sem você, eu não teria chegado até aqui!

EPÍGRAFE

Às minhas avós Nasaré e Diana (*in memoriam*), pela dedicação e pelo amor incondicional

RESUMO

LUZ, L.S. Fundamentos da Bioética e a assistência à saúde mental em uma cidade do interior do Piauí. 2016. 88f. Tese (Doutorado em Bioética). Centro Universitário São Camilo – São Paulo, 2016.

Os fundamentos da Bioética, no contexto da assistência à saúde mental brasileira, podem estabelecer uma reflexão norteadora de condutas, definidora de prioridades e capaz de acalantar os médicos em seu labor nessa realidade ainda em construção, auxiliando nas intervenções possíveis em prol da saúde da população. Os objetivos desse trabalho foram: discorrer sobre a assistência à saúde mental utilizando-se como exemplo a experiência da rede psicossocial em uma cidade no interior do Piauí; utilizar os conceitos da Bioética de Intervenção, Proteção e Ética da Responsabilidade como norteador sobre os modelos de assistência adequados em saúde mental na cidade de Uruçuí; elaborar proposições para a assistência à saúde mental brasileira. Os princípios da Bioética de Intervenção, Proteção e Responsabilidade puderam ser identificados, exemplificados e analisados tanto nas ações de início e manutenção do projeto de assistência à saúde mental em Uruçuí quanto nas demandas e reflexões dele resultantes. O profissional psiquiatra, através da ética, engajamento, educação e empoderamento, pode, utilizando a bioética como meio, ser sujeito ético transformador na realidade da assistência em saúde mental. Concluiu-se que os Fundamentos da Bioética, através da Bioética de Intervenção, Proteção e Responsabilidade, têm por mister possibilitar a orientação da ação médica com sua possível e necessária resultante reponsabilidade social. Somente uma ética que responsabilize a todos pode cumprir o papel de apontar os valores e os fins a serem perseguidos e utilizar os meios como aquilo que realmente são, sem transformá-los em fins em si mesmos.

Palavras-chave: Assistência à saúde mental. Bioética. Bioética de Intervenção. Ética. Responsabilidade Social.

ABSTRACT

LUZ, L.S. Foundations of Bioethics and mental health model assistance in the city of Piauí. Thesis (Doctorate degree). Saint Camilo University Center, São Paulo, 2016.

The foundations of Bioethics in the context of assisting Brazilian mental health, may provide an opportunity to reflect on codes of conduct, define priorities, and assist doctors in their day to day work in a changing environment. They provide opportunities to improve the health of the population. The objectives of this study were: to discuss mental health care using the psycho-social system of a city in Piauí as a model; use the bioethical concepts of intervention and protection along with ethics of responsibility as a base to create appropriate care models for mental health in the city of Uruçuí; and to create proposals for improving overall Brazilian mental health. It was concluded that the Fundamentals of Bioethics using the principles of Intervention, Protection, and Responsibility have the goal of guiding medical actions and dealing with resulting social responsibilities. It is believed that only an ethic that involves everyone can fulfill the role of point values. A professional psychiatrist, through engagement, education, empowerment, and using bioethical principles, can help ethically transform the reality of mental health care. The bioethical principles of Intervention, Protection, and Responsibility were identified, applied, and measured from the start of the Uruçuí mental health project.

Keywords: Mental Health, Bioethics, Intervention Bioethics, Ethics, Social Responsibility.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 Objetivos Gerais.....	16
2.2 Objetivos Específicos.....	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1 Saúde e Cidadania.....	17
3.2 Saúde mental: da assistência a uma rede de cuidados.....	22
3.2.1 Reforma Psiquiátrica e a Lei Paulo Delgado.....	24
3.2.2 A Rede de Atenção Psicossocial no Brasil.....	26
3.2.2.1 A Rede de Atenção Psicossocial no Estado do Piauí e no Município de Uruçuí.....	33
3.2.3 Contrato do Psiquiatra com a Sociedade.....	40
3.3 A Bioética de Proteção, de Intervenção e a Ética da Responsabilidade a serviço da assistência à saúde mental.....	42
4 METODOLOGIA.....	52
4.1 Local da Pesquisa.....	52
4.1.1 História do Piauí.....	52
4.1.2 História de Uruçuí.....	55
4.2 População Estudada.....	56

5 RELATO DO CASO: o panorama da atenção psicossocial no município de Uruçuí.....	57
6 DISCUSSÃO.....	64
7 CONCLUSÃO.....	72
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXO.....	80

1 INTRODUÇÃO

A Psiquiatria passou por notável evolução nas últimas décadas. São nítidos os avanços não apenas vistos em uma psicofarmacologia mais eficaz, mas também por um melhor entendimento de fatores causais no que concerne ao adoecimento mental. E, para isso, foi fundamental uma maior integração entre conhecimentos adquiridos a partir de diversos referenciais, sejam eles biológicos, psicológicos, sociais ou mesmo econômicos.

Hoje, os transtornos mentais são doenças crônicas altamente prevalentes no mundo e contribuem para morbidade, incapacitação e mortalidade precoces e 25% da população geral apresenta ou mais transtornos mentais ao longo da vida (Rodríguez, 2009). Pesquisa desenvolvida nos anos de 2005 a 2009 pela Organização Mundial de Saúde, com dados de 24 países, dentre eles o Brasil (extraído-se dados da população residente nos 39 municípios da região metropolitana de São Paulo), mostrou que 29,6% da população apresenta algum tipo de transtorno mental, segundo os manuais de classificação estatística em saúde mental CID 10 e DSM IV. Os transtornos de ansiedade foram os mais comuns, afetando 19,9% dos entrevistados, e evidenciaram-se também taxas de 10,4% de transtornos depressivos em uma amostra de 5.037 sujeitos. A prevalência dos transtornos mentais, de quase 30%, é a mais alta entre os países pesquisados. Os Estados Unidos aparecem em segundo lugar, com pouco menos de 25%. Em relação às outras regiões estudadas, a Região Metropolitana de São Paulo também teve a mais alta proporção de casos de transtornos mentais considerados graves (10%), bem acima do estimado em outros 14 países avaliados (Andrade, 2012).

A Constituição de 1988 estabeleceu que a saúde é direito de todos e dever do Estado, que deve implementar políticas econômicas e sociais que viabilizem esse direito por meio de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Mas, apesar da máxima constitucional, a lacuna assistencial à saúde da população é uma constante no país. Nos países em desenvolvimento como o Brasil, a defasagem no tratamento (proporção dos que necessitam de tratamento e não o recebem) chega a quase 75%. Já na totalidade da América Latina, essa taxa deve ser

maior, pois as subnotificações são uma constante nos países desse continente (PAHO, 2009).

Como solução para essa realidade, integrar a saúde mental nos cuidados primários de saúde é, segundo a Organização Mundial de Saúde e preconizada pelo SUS, a melhor maneira de assegurar que as pessoas recebam os cuidados de saúde mental de que precisam. Quando a saúde mental está integrada nos cuidados primários, as pessoas têm acesso a serviços de saúde mental mais próximo de suas casas, integrando uma rede de cuidados aos costumes e crenças da população. Esta é a proposta do modelo assistencial vigente no país, mas a realidade vivenciada ainda se distancia bastante do esperado e encontra inúmeras dificuldades para a implementação e excelência. As dificuldades, dentre as quais podem ser destacadas a fixação de profissionais especializados em cidades distantes dos centros urbanos, remuneração e qualificação profissional e deficiências gerais da rede de assistência à saúde são notáveis nas cidades do interior nordestino.

A criação de uma política específica de saúde mental e as práticas assistenciais decorrentes dela devem ser compreendidas no contexto do SUS. O desenho da política nacional de saúde mental privilegia a municipalização dos serviços, seguindo a descentralização da saúde em geral, marco das diretrizes constitucionais. Entretanto, em face do perfil dos municípios do país, dos quais mais da metade têm menos de 20 mil habitantes, e a complexidade na formulação de um modelo de atenção em saúde mental, depreende-se que a participação dos estados é fundamental na formulação e adaptação regional da política, na construção de uma rede substitutiva de serviços, na coordenação das ações no território, no combate às desigualdades e na melhoria das condições locais com fortalecimento da capacidade institucional nos municípios, principalmente naquelas regiões onde existem verdadeiros vazios assistenciais. Além disso, não obstante a importância de uma política nacional para a direcionalidade do processo político, esta não deve implicar a adoção de padrões e modelos uniformes em todo o territorial nacional. Assim, torna-se necessária a construção de políticas direcionadas para as especificidades regionais.

Alguns questionamentos são pertinentes: De que forma os estados têm desempenhado seu papel na assistência à saúde mental? Eles têm sido capazes de

diversificar as estratégias e instrumentos preconizados pela política nacional, de modo a atender às especificidades regionais e a mudança do modelo assistencial em saúde mental?

Na prática, são escassos os estudos que evidenciam o que tem sido o esforço do estado na construção da política de saúde mental. Diante disso, este estudo busca preencher essa lacuna e contribuir para uma reflexão acerca dos desafios da condução e também implementação da assistência em saúde mental no país.

Pensando a Bioética como pluridisciplinar e direcionada para a tomada de decisões, como ela pode auxiliar na implementação e manutenção de boas práticas assistenciais na saúde mental do país?

A Bioética discursiva e a prática possuem em comum a análise ética de casos e problemas, possuindo duas partes principais: uma de natureza reflexiva, que investe no exame das questões éticas em jogo, dos métodos de reflexão, dos valores e princípios em causa e na análise dos argumentos elencados; e a segunda de caráter eminentemente normativo, pois tem como cerne a tomada de decisão (Parizeau,2003).

Os fundamentos da Bioética, neste contexto da assistência à saúde mental brasileira, podem estabelecer uma reflexão norteadora de condutas, definidora de prioridades e capaz de acalentar os médicos em seu labor nessa realidade ainda em construção, auxiliando nas intervenções possíveis em prol da saúde da população. Os Fundamentos da Bioética, através da Bioética de Intervenção, Proteção e Responsabilidade, têm por mister possibilitar a orientação dessa ação médica com sua possível e necessária resultante reponsabilidade social.

A Bioética da Intervenção e da Proteção podem fazer uma análise geral de conflitos morais como a disparidade de poder e a inacessibilidade aos bens de consumo básicos à sobrevivência com dignidade, conglomerando ferramentas que objetivem entender, descrever e resolver conflitos de interesses entre quem é mais abastado dos meios que capacitam uma vida digna e aqueles que, ao contrário, não os têm. Nessa perspectiva, valorizam a proteção/cuidado da vulnerabilidade dos vulneráveis, consolidando a concretude bioeticista do princípio da justiça e estabelecendo a equidade como alicerce para alcançar a igualdade entre os seres

viventes.

A ética da responsabilidade tem como característica combater desigualdades e favorecer o lado menos beneficiado pelas circunstâncias. Nesse sentido, tal ética estará sempre ao lado dos fracos, contra os fortes e dos que aspiram contra os que já possuem. Acredita-se assim que somente uma ética que responsabilize a todos pode cumprir o papel de apontar os valores e os fins a serem perseguidos e utilizar os meios como aquilo que realmente são, sem transformá-los em fins em si mesmos.

O profissional psiquiatra, através da ética, engajamento, educação e empoderamento, pode, utilizando a bioética como meio, ser sujeito ético transformador na realidade da assistência em saúde mental de Uruçuí.

A experiência analisada neste ensaio, utilizada como facilitadora da leitura bioética, contempla a vivência da reativação do serviço de saúde mental da cidade de Uruçuí no Estado do Piauí pela perspectiva de um médico psiquiatra participante e ator desta vivência. Segundo Minayo (2009), em um processo de investigação social, “a relação entre o pesquisador e seu campo de estudos se estabelece definitivamente”.

Os princípios da Bioética de Intervenção, Proteção e Responsabilidade podem ser identificados, exemplificados e analisados tanto nas ações de início e manutenção do projeto de assistência à saúde mental em Uruçuí quanto nas demandas e reflexões dele resultantes. O presente estudo tem como objetivo de, sob a égide dos Fundamentos da Bioética, sensibilizar a sociedade e gestores e propor práticas na assistência em saúde mental replicáveis na realidade brasileira.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Discutir a assistência à saúde mental em uma cidade do interior do Piauí à luz dos Fundamentos da Bioética.

2.2 Objetivos Específicos

A) Discorrer sobre a assistência à saúde mental utilizando-se como exemplo a experiência da rede psicossocial em uma cidade no interior do Piauí;

B) Utilizar os conceitos da Bioética de Intervenção, Proteção e Ética da Responsabilidade como norteador sobre os modelos de assistência adequados em saúde mental na cidade de Uruçuí;

C) Elaborar proposições para a assistência à saúde mental brasileira.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Saúde e Cidadania

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos promulgada pela UNESCO afirma em seu Artigo 3º, intitulado Dignidade Humana e Direitos humanos que

- A) A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitadas em sua totalidade.
- B) Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade.

O princípio da dignidade da pessoa humana deve ser o norteador de todo sistema de direitos humanos. Deve garantir também a todos as condições necessárias para a realização de escolhas pessoais e/ou coletivas assim como o exercício da cidadania. Pode-se partir da premissa de que Direitos Humanos e Cidadania são “duas faces da mesma moeda”, compreendendo o meio como espaço coletivo para a construção de ações de investimento no desenvolvimento humano, facilitadoras de relações que devem promover o bem-estar.

Para uma estratégia exitosa baseada nos Direitos Humanos, seria indispensável uma intervenção na comunidade que transformasse o imaginário social, para que as reivindicações possam ser assumidas como compromisso por todos, estabelecendo-se assim uma pauta de condutas públicas marcada pela cidadania (Veciana,2002).

No contexto da realidade brasileira, a Constituição Federal Brasileira incorpora todos os princípios, normas e mecanismo de efetivação desses direitos humanos, e tem utilizado esta perspectiva para pautar as discussões sobre a atuação governamental.

Na Constituição, o direito à saúde deve ser garantido pelos Estados aos seus cidadãos. Reconhecer o direito à saúde como relativo à dignidade humana e, conseqüentemente, sua incorporação nas leis e políticas públicas, espelham os desafios sobre como alcançar este bem-estar, e quais os direitos e responsabilidades dos cidadãos e dos Estados.

Nesse contexto, destaca-se da Carta Magna,

Seção II (DA SAÚDE)

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

E como complemento para nortear os direitos do cidadão e o asseguramento à saúde dos cidadãos como papel do estado, destaca-se também a Lei Orgânica 8080, de onde se extrai:

Art.2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

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

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art.3º - Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a 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. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

§ único - Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Art.5º - São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do Art.2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art.6º - Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

Art.7º - As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art.198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

A partir dos anos 90, através da Organização das Nações Unidas (ONU), há um esforço de se estabelecer metas para a efetivação dos direitos humanos, dentre eles o direito à assistência médica e cuidados da saúde, firmando-se protocolos nos quais os países signatários reconhecem o poder judicial dessas instâncias, aceitando acatar as decisões da ONU sobre possíveis denúncias de descumprimento das leis internacionais de direitos humanos.

3.2 Saúde Mental: da assistência a uma rede de cuidados

A Organização Mundial de Saúde afirma que não existe definição "oficial" de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a "saúde mental" é definida. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. A saúde Mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais"(OMS,2007)

Ainda de acordo com a OMS (2007), definir transtorno mental é difícil porque não se trata de uma condição unitária, mas de um grupo de transtornos com alguns pontos em comum. Há um intenso debate acerca de quais condições são ou devem ser incluídas na definição de transtornos mentais. Isso pode trazer implicações importantes quando, por exemplo, uma sociedade está decidindo sobre os tipos e a gravidade de transtornos mentais potencialmente qualificados para tratamento e serviços involuntários.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma doença deve ser considerada prioridade se tem uma carga elevada em termos de morbidade, mortalidade e incapacidade laborativa ou para os atos da vida civil. Os transtornos neurológicos, mentais e relacionados ao abuso de substâncias reúnem condições clínicas que se incluem facilmente nesses critérios, estando entre as principais causas para afastamento do trabalho em todo o mundo. Portanto, é de extrema importância que sociedade e governantes adequem e aprimorem seus sistemas de saúde para o enfrentamento dessa grave situação.

A morbidade psiquiátrica no Reino Unido é de aproximadamente 250/1000 pessoas na população geral. Destes 250, 230 procuram um médico generalista, que faz diagnóstico em 140 do total. Destes, apenas 17 são referenciados ao psiquiatra por serem considerados quadros graves. Esses dados refletem a necessidade de capacitação de toda a rede de saúde mental, desde os níveis básicos até os de mais alta complexidade. A compreensão e o estabelecimento correto dos diagnósticos psiquiátricos são a base para a comunicação entre os profissionais da rede. Não há um bom fluxograma sem um norteador que oriente o manejo das necessidades reais dos pacientes, inseridos em seu contexto sociocultural (Bhugra,2016).

Em relatório sobre a saúde mental no mundo, a OMS faz dez recomendações aos países para que melhorem a saúde mental do seu povo, sendo a primeira delas o provimento do tratamento na atenção primária. No documento, afirma-se que o manejo dos transtornos mentais no primeiro nível de cuidado melhora o acesso aos serviços, aumentando as possibilidades de diagnósticos precoce, tratamento e acompanhamentos adequados (WHO,2001).

Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, já enfatizava que a saúde é um direito humano fundamental e preconizava a necessidade de os governos e toda a sociedade se comprometerem a trabalhar para o alcance de boas condições de saúde até o ano de 2000. Os Cuidados Primários em Saúde, que representariam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, deveria ocupar papel central no alcance dessa meta. A Atenção Primária deve constituir-se na porta de entrada do sistema de saúde, organizando-se de maneira a resolver tanto situações mais simples e pontuais quanto prover cuidado continuado a problemas de saúde que se estendem ao longa da vida, sendo, portanto, local privilegiado para o cuidado de problemas relacionados ao sofrimento psíquico.

Os modelos tradicionais de assistência em saúde mental têm, nas últimas décadas, atravessado um período de marcantes transformações. Diversos programas de Saúde Mental vêm operando um deslocamento do usuário da perspectiva reducionista do paciente para a perspectiva de conquista da cidadania e, desta forma, a demanda da clientela passa a ser compreendida como além de sinais e sintomas psicopatológicos.

3.2.1 Reforma Psiquiátrica e a Lei Paulo Delgado

No final dos anos 70, em meio ao questionamento do modelo asilar, no interior do processo da reforma sanitária e de regimes sociais interligados à luta contra a ditadura, surge o movimento pela reforma psiquiátrica brasileira (Nicacio, 2011). A reforma psiquiátrica tinha como princípio questionar o modelo que era até então vigente, e propor modelos estratégicos para a mudança, fazendo com que surgisse um novo olhar para a saúde mental. Apresentaram proposições como: retirar o hospitalocentrismo, proibindo a implementação e construção de novos hospitais psiquiátricos ou a expansão destes; fazer a diminuição progressiva dos leitos existentes, criando uma rede extra-hospitalar com atenção multiprofissional; colocar leitos e unidades psiquiátricas em hospitais gerais e integrar a saúde mental com todo o sistema de saúde (Fraga, 2006).

Um marco histórico para o setor de saúde mental, possibilitador de mudanças ao nível do Ministério da Saúde, foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. Neste encontro, no qual o Brasil foi representado e signatário, foi promulgada a Declaração de Caracas. Nele, os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometeram-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário.

Desde então, passou-se a privilegiar a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, quais sejam: redes de atenção à saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, residências terapêuticas, respeitando-se as particularidades e necessidades de cada local. As iniciativas dos municípios, em que pese a vontade política dos gestores municipais, passaram a ser ressarcidas através das portarias ministeriais, objetivando o deslocamento dos recursos para modalidades alternativas à internação psiquiátrica e compatibilizando os procedimentos das ações de saúde mental com o modelo assistencial.

A superação do modelo manicomial encontra-se nas políticas de saúde do Brasil, que tiveram um marco teórico e político na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986; na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987; na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992; culminando na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, de 2001.

Assim, constata-se que, apesar de seu início se confundir com o próprio marco do SUS com a Constituição de 1988, a Reforma Psiquiátrica ainda teve um longo percurso até o estabelecimento legal com a lei Paulo Delgado em 2001.

A lei Paulo Delgado (documento em anexo) foi um divisor de águas nas políticas públicas em saúde mental, trazendo mudanças na assistência à população e na mudança de paradigmas sobre a temática saúde e doença mental. Nasceu o conceito de rede de atenção em saúde mental, onde os Centro de Atenção

Psicossocial (CAPS) passavam ao lugar central do sistema em substituição aos hospitais psiquiátricos.

Assim, ocorre uma intervenção mais abrangente dos dispositivos de Saúde Mental, ou seja, transpõe a instituição em direção à inserção na comunidade. Ampliam-se os limites do serviço, no sentido positivado, na medida em que este é o organizador de uma rede de assistência cujo fim não se resume à própria unidade. Desta forma, utilizam instrumentos na atenção ao paciente que não se limitam ao espaço arquitetônico da instituição. O afastamento do espaço asilar, a localização das unidades no interior das comunidades e a reciprocidade com suas estruturas de serviços e inter-relações sociais, enfim, a inserção territorial, demarcam um campo. No trabalho técnico, as equipes multidisciplinares, ao executarem diversas modalidades de atendimento, como oficinas terapêuticas, atendimentos individuais, lazer assistido e cooperativas de trabalho, apontam para uma concepção mais abrangente da compreensão do tratamento psiquiátrico.

A partir de 2006, continuando o projeto da Reforma Psiquiátrica, os recursos federais nas ações extras-hospitalares ultrapassaram os investimentos em ações hospitalares. Em 2010, enquanto o investimento extra-hospitalar cresceu 269%, o investimento hospitalar decresceu 40% (Brasil, 2011). De 2002 a 2009, o gasto da união com programa de Saúde Mental cresceu cerca de 37%, se calculado o que se investiu cada ano *per capita*. Em 2009, 67,7% dos gastos federais com Saúde Mental foram direcionados às ações comunitárias (Brasil, 2011). Porém, os recursos ainda são escassos e muitas vezes aplicados sem a transparência necessária, tornando difícil a obtenção de estimativas precisas. Não há uma rubrica específica da área de saúde mental no orçamento do Ministério da Saúde, e os recursos estão por diversas vezes pulverizados sob a forma de verbas inseridas em ações de outras áreas. Isso dificulta o planejamento e a avaliação da efetividade e do custo-benefício dos programas e iniciativas.

3.2.2 A Rede de Atenção Psicossocial no Brasil

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo uma rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 1990. O SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera do governo: federal, municipal e estadual. São princípios dos SUS o acesso universal público e gratuito às ações e aos serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos e privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, dos trabalhadores, dos prestadores de serviços, das organizações da sociedade civil e das instituições formadoras.

O princípio de controle social do SUS merece destaque, na medida em que impulsiona o protagonismo e a autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva. Assim, os Conselhos e as Conferências de Saúde desempenham papel fundamental na conformação do SUS, no ordenamento de serviços e ações e no direcionamento dos recursos.

Compartilhando destes princípios, a rede de atenção à saúde mental, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (STR), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. O papel dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, assim como as Conferências de Saúde Mental, é por excelência garantir a participação dos trabalhadores, usuários de saúde mental e seus familiares no processo de gestão do SUS, favorecendo assim o protagonismo dos usuários na construção de uma rede de atenção à saúde mental. De fato, são as Conferências Nacionais de Saúde Mental, e em especial a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, que

consolidam a Reforma Psiquiátrica como política oficial do SUS e propõem a conformação de uma rede articulada e comunitária de cuidados para as pessoas com transtornos mentais.

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária. É, portanto, fundamento para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais (Mello,2011).

A ideia fundamental é a de que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, seria capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamento de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. Para a organização desta rede, a noção de território é especialmente orientadora.

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar a comunidade, mas a trabalhar com os componentes, os saberes e as forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns, trabalhar no território significa, assim, resgatar todos os saberes e as potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico do País. É função do CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações inter setoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental em determinado território.

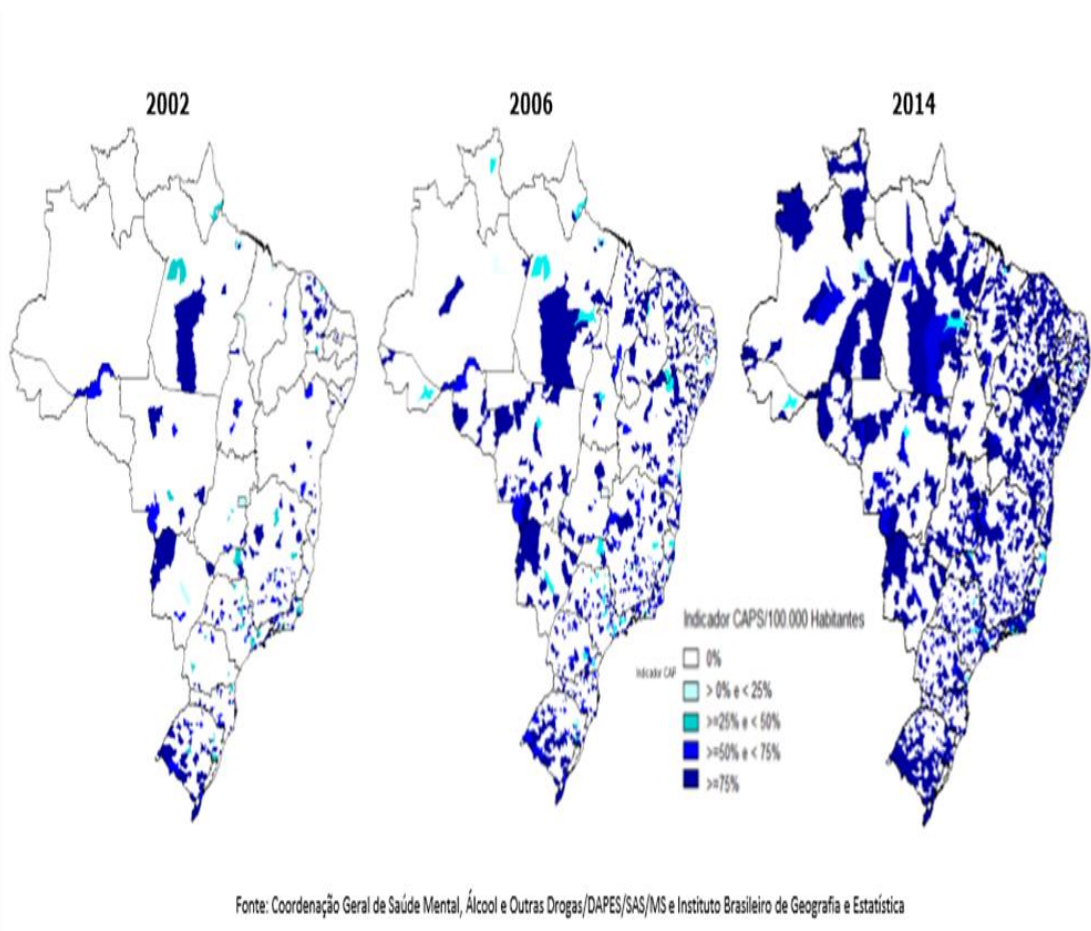
Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.

Os Centros de Atenção Psicossocial começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 1980 e passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde a partir do ano de 2002, momento no qual estes serviços experimentam grande expansão. São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Não existem dúvidas de que a expansão da rede CAPS foi fundamental para as visíveis mudanças que estão em curso na assistência às pessoas com transtornos mentais. Nos últimos anos, a rede CAPS experimentou uma expansão digna de nota, tendo duplicado o número de serviços no país. A implantação dos serviços de atenção diária tem mudado radicalmente o quadro de desassistência que caracterizava a saúde mental pública no Brasil. A cobertura assistencial vem melhorando

progressivamente, mas, de fato, ainda está aquém do parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde. Embora esteja clara a tendência de ampliação igualitária da cobertura, a distribuição espacial dos CAPS ainda reflete as desigualdades estruturais entre as regiões brasileiras. De acordo com a plataforma Saúde Mental em Dados 12, do Ministério da Saúde - Ano 10, de outubro de 2015, hoje no Brasil existem 2209 CAPS em funcionamento, distribuídos em quase todos os estados brasileiros. O indicador CAPS/100 mil habitantes no Brasil, hoje em 0,86, informa as diferentes coberturas e ritmos de expansão dos CAPS nos estados, além de indicar aos gestores as necessidades de expansão da rede (figura 1).

Figura 1: Evolução do Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes (Brasil, dez/2002, dez/2006 e dez/2014)



Os CAPS se diferenciam pelo porte, pela capacidade de atendimento, pela clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPSad.

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20 mil e 50 mil habitantes- cerca de 19% dos municípios brasileiros, onde residem por volta de 17% da população do país. Estes serviços têm equipe mínima de nove profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e têm como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Funcionam durante cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês (Mello,2011).

Os CAPS III são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com mais de 50 mil habitantes- cerca de 10% dos municípios brasileiros, onde residem cerca de 65% da população brasileira. A clientela típica destes serviços é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS II têm equipe mínima de 12 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e capacidade para o acompanhamento de cerca 360 pessoas por mês. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana (Mello,2011).

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200 mil habitantes, os CAPS III estão presentes hoje, em sua maioria, nas grandes metrópoles brasileiras- os municípios com mais de 500 mil habitantes representam apenas 0,63% dos municípios do país, mas concentram boa parte da população brasileira, cerca de 29% da população total do país. Os CAPS III são serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas durante os dias da semana e em feriados. Com no máximo cinco leitos, o CAPS III, realiza quando necessário, o acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a no máximo sete dias). As equipes mínimas para esses serviços devem contar com 16 profissionais, entre os profissionais de nível médio e

superior, além de equipe noturna e de final de semana. Esses serviços tem a capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês (Mello,2011).

Os CAPSi, especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200 mil habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e tem capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescente por mês. A equipe mínima para esses serviços é de 11 profissionais de nível médio e superior (Mello,2011).

Os CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas são equipamentos previstos para cidades com mais de 200 mil habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteiras, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem desses serviços para dar respostas efetiva às demandas de saúde mental. Funcionam durante cinco dias úteis da semana, e tem capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. A equipe mínima prevista para o CAPSad é composta por 13 profissionais de nível médio e superior (Mello,2011).

O perfil populacional dos municípios é sem dúvida um dos principais critérios para o planejamento da rede e para a implantação de centros de atenção psicossocial nas cidades. O critério populacional, no entanto, deve ser compreendido apenas como orientador para o planejamento das ações de saúde. Na realidade, é o gestor local articulado com as outras instâncias de gestão dos SUS, que terá as condições mais adequadas para definir os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental de seu respectivo município.

A posição estratégica dos Centro de Atenção Psicossocial como articuladoras da rede de atenção de saúde mental seu território, é, por excelência, promotora de autonomia, já que articula os recursos existentes em variadas redes: sócio sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais, entre outras. A tarefa de promover a reinserção social exige uma articulação ampla, desenhada com variados componentes ou recursos da assistência, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos

usuários dos serviços. Os CAPS, no processo de construção de uma lógica comunitária de atenção à saúde mental, oferecem então os recursos fundamentais para reinserção social de pessoas com transtornos mentais.

A despeito dos avanços da consolidação da rede CAPS, ainda há um longo caminho pela frente. Os CAPS são os mais importantes equipamentos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, uma vez que incluem dispositivos de internações não psiquiátrica e funcionamento 24 horas, que são os recursos de contenção de crise mais eficazes tendo em conta a perspectiva psicossociais. A escassa presença de CAPS III em relação ao total de equipamentos indica uma dificuldade presente de se avançar de modo mais decidido na implementação da política de Saúde Mental.

3.2.2.1 A Rede de Atenção Psicossocial no Estado do Piauí e no Município de Uruçuí

O território piauiense fez parte da jurisdição do Maranhão até o ano 1718, quando um alvará de El Rei D. João V de Portugal, criou a capitania do Piauí, o que só se efetivou 40 anos depois, com a nomeação do seu primeiro governador, João Pereira Caldas. Sua colonização, diferindo dos demais estados nordestinos, não se fez através da costa, mas sim, pelo sul, interiorana, sobretudo por uma extensão natural das fazendas de gado bovinos precedentes da Bahia. Sua primeira capital teve como origem a sede da fazenda Cabrobó que, em 1718 passou a categoria de Vila, denominada Vila da Mocha e que em 1758 se elevou à categoria de cidade, com o nome de Oeiras (Piauí,2010).

O caráter introspectivo do povo de Oeiras poderia, pois, ser explicado também pela estrutura rural de sua primeira sociedade. Uma sociedade pouco estratificada, com estruturas de poder bem delimitadas e, com mudanças muito lentas, o que certamente propiciava aos habitantes da época uma expectativa pouco animadora e tediosa em relação ao seu futuro. Com a mudança da capital da Província do Piauí, de Oeiras para Teresina, em 1852, ocorreu uma grande depressão social, sendo Oeiras a cidade mais atingida na região sul do Piauí.

Em 1861, fora inaugurado o Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Teresina, sucedendo, cronologicamente, o Hospital de Caridade, existente em Oeiras desde 1835. Este último também sofreu com a mudança de estruturas de saúde pública para a capital, ficando a cargo da Santa Casa de Misericórdia os serviços de saúde da cidade. A assistência médica aos oeirenses no século XIX foi eminentemente domiciliar e de rua. Os doentes de famílias abastadas eram então tratados em casa e os indigentes eram deixados na rua ou, quando perturbavam o sossego (no caso, os doentes mentais), eram então mandados para a cadeia pública, onde eram tratados sem nenhum padrão de atendimento (Piauí,2010).

Em 1863, iniciaram-se as obras de construção da “ Casa de Detenção” de Teresina, que viria a ser concluída em 1866. O referido prédio ganha destaque por ter sido depósito de vários doentes mentais que se encontravam às ruas e que para lá eram levados quando se tornavam agitados e agressivos. A assistência médica aos pobres e doentes mentais era mesmo caso de polícia.

Após proclamada a República, em 1907, o ilustre médico e vice-governador Areolino de Abreu inaugura o “Asilo de Alienados” no Piauí, sendo este voltado a acolher pessoas com graves enfermidades mentais. Em 1941, o também ilustre Dr. Clidenor Santos renomeou a instituição, dando-lhe o nome de Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu.

Paralelamente ao trabalho que desenvolvia no organismo público da saúde mental do Estado, Dr. Clidenor de Freitas Santos desenvolvia também um projeto privado, o de construção do Sanatório Meduna. Nome esse escolhido em homenagem ao psiquiatra húngaro Ladislau Meduna, que havia se refugiado nos Estados Unidos, onde se naturalizou após a 1ª Guerra Mundial, e que foi o descobridor dos efeitos do choque cardiazólico endovenoso na terapêutica das psicoses endógenas (Piauí,2010).

Após as determinações da lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, tem início a consolidação de um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária com uma rede de serviços integrada, articulada e efetiva. E, apoiada na portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que

institui a Rede de Atenção Psicossocial com criação, ocorre uma ampliação e melhor articulação da atenção à saúde para atender pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

É inegável o crescimento exponencial da rede de assistência desde a sua implementação. Hoje, a Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos componentes de Atenção Básica em Saúde, da Atenção Psicossocial Estratégica, da Atenção de Urgência e Emergência, da Atenção Residencial de Caráter Transitório e Atenção Hospitalar.

De acordo com o Ministério da Saúde, em sua publicação Saúde Mental em Dados 12, Ano 10, de outubro de 2015, o Estado do Piauí que em 2010 ocupava o 9º (nono) lugar, atualmente ocupa a 5ª (quinta) posição nacional no indicador de Cobertura de CAPS, com uma taxa de 1,13/100.000 habitantes considerada cobertura muito boa de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde (tabela 1).

Tabela 1: Centros de Atenção Psicossocial por tipo, por UF e por Indicador de CAPS/100 mil habitantes (Brasil, dez/2014)

UF	UF	Pop (IBGE 2014)	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total	Cobertura CAPS
AC	Acre	790.101	2	1				1	4	0,44
AM	Amazonas	3.873.743	13	5	1	1	1		21	0,39
AP	Amapá	750.912				1	1	1	3	0,47
PA	Pará	8.073.924	44	16	3	3	6	1	73	0,66
RR	Roraima	496.936	5	1	1		1		8	1,21
RO	Rondônia	1.748.531	13	5		1	1		20	0,77
TO	Tocantins	1.496.880	8	4				2	14	0,73
NORTE		17.231.027	85	32	5	6	10	5	143	0,61
AL	Alagoas	3.321.730	45	6		1	2	1	55	0,99
BA	Bahia	15.126.371	149	35	3	10	17	2	216	0,95
CE	Ceará	8.842.791	62	29	3	7	21	3	125	1,10
MA	Maranhão	6.850.884	43	15	3	3	7		71	0,74
PB	Paraíba	3.943.885	49	8	4	9	7	5	82	1,57
PE	Pernambuco	9.277.727	46	26	4	8	14	2	100	0,86
PI	Piauí	3.194.718	39	7	1	1	4	2	54	1,13
RN	Rio Grande do Norte	3.408.510	17	11	1	3	6	1	39	0,92
SE	Sergipe	2.219.574	25	4	3	2	4	1	39	1,28
NORDESTE		56.186.190	475	141	22	44	82	17	781	1,00
ES	Espírito Santo	3.885.049	10	7		1	5		23	0,46
MG	Minas Gerais	20.734.097	125	52	12	19	30	10	248	0,95
RJ	Rio de Janeiro	16.461.173	43	45	3	25	22	1	139	0,73
SP	São Paulo	44.035.304	80	90	35	58	76	14	353	0,77
SUDESTE		85.115.623	258	194	50	103	133	25	763	0,79
PR	Paraná	11.081.692	47	28	3	11	24	5	118	0,89
RS	Rio Grande do Sul	11.207.274	77	41	1	21	29	11	180	1,32
SC	Santa Catarina	6.727.148	55	14	2	8	11	1	91	0,97
SUL		29.016.114	179	83	6	40	64	17	389	1,07
DF	Distrito Federal	2.852.372	1	3		1	4	3	12	0,46
GO	Goiás	6.523.222	33	14	1	3	7	2	60	0,69
MS	Mato Grosso do Sul	2.619.657	11	6	1	1	4		23	0,69
MT	Mato Grosso	3.224.357	27	3		3	5		38	0,76
CENTRO OESTE		15.219.608	72	26	2	8	20	5	133	0,66
TOTAL GERAL		20.2768.562	1.069	476	85	201	309	69	2.209	0,86

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Alcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

A Rede de Atenção Psicossocial do estado do Piauí está composta por um total de 54 (cinquenta e quatro) CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), dentre esses (Sesapi,2015):

- 39 (trinta e nove) são da modalidade CAPS I;
- 07 (sete) da modalidade CAPS II;
- 01 (um) da modalidade CAPS III;
- 01 (um) da modalidade CAPS i- infante-juvenil;
- 04 (quatro) da modalidade CAPS AD- álcool e outras drogas;
- 02 (dois) da modalidade CAPS AD III – 24 horas (funcionamento 24 horas);

Além da Rede CAPS, o estado possui:

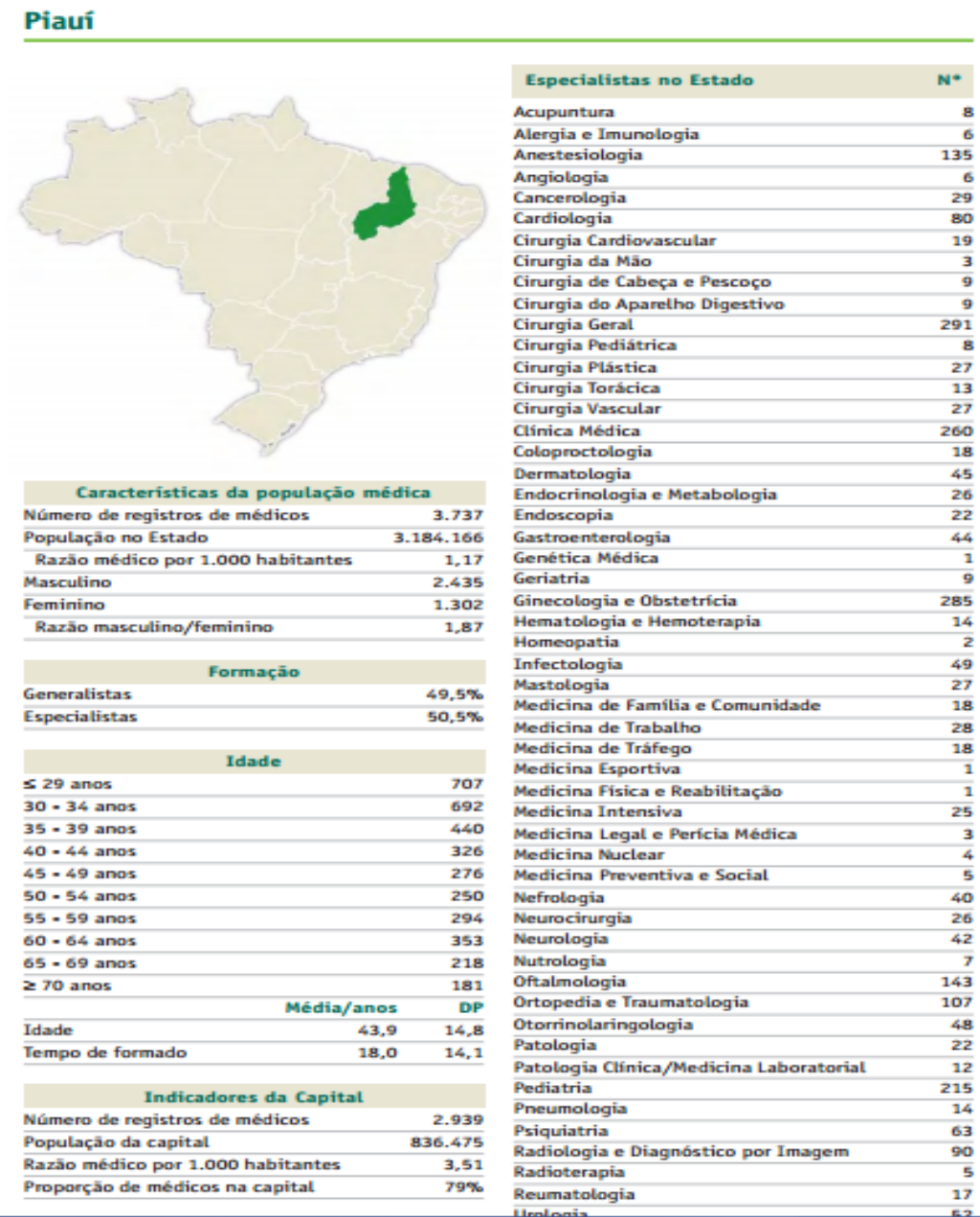
- 05 Residências Terapêuticas, serviço para acolher pessoas com internação de longa permanência em Hospital Psiquiátrico e que não possuem vínculos familiar e social;
- 01 Unidade de Acolhimento
- Programa de Volta pra Casa – PVC com 19(dezenove) beneficiários;
- Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu - HAA com 160 leitos;
- 10 unidades integradas de saúde com ambulatório de psiquiatria em Teresina;
- 01 SHR AD– Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras Drogas – Hospital do Mocambinho;
- 10 leitos de psiquiatria em hospital geral (Hospital da Primavera – zona norte de Teresina);
- 01 Consultório de Rua

No município de Uruçuí, a rede que atende aos 05 municípios da região de saúde Tabuleiros do Alto Parnaíba (figura 1), é composta por:

- 01 CAPS I, com equipe multidisciplinar: 01 psiquiatra, 02 enfermeiras, 02 psicólogas, 01 fisioterapeuta, 01 farmacêutico, 01 pedagoga, 01 educador físico, 01 nutricionista, 01 assistente social, 02 técnicas de enfermagem, 01 artesã, 01 recepcionista, 01 auxiliar em serviços gerais, 01 cozinheira e 01 motorista (existe transporte diário disponível aos pacientes graves)
- 01 NASF com profissionais treinados a identificarem quadros de doença mental
- 01 leito em Hospital Geral para atender à demanda de internações de curta duração (porém ainda não há repasse de recursos pelo Governo Federal);
- 01 farmácia própria, onde há cesta de medicamentos ampliada, fornecendo inclusive psicotrópicos de alto custo, adquiridos pelo próprio município com recursos próprios
- Está em fase avançada de implantação 01 CAPS AD e reestruturação do CAPS I para CAPS II, ambos já aprovados pela Comissão Bipartide e agora dependendo da efetivação por parte do Ministério da Saúde, de acordo com a política de Municípios Elegíveis.

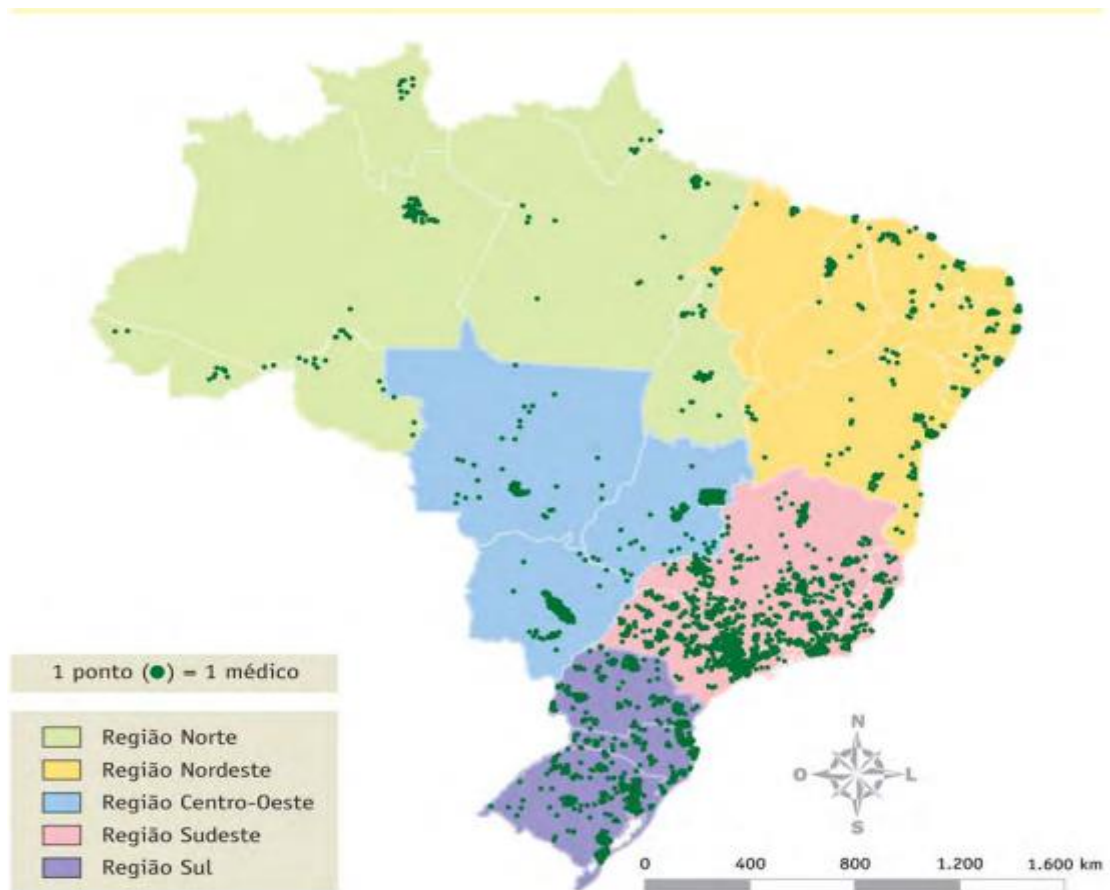
No tocante aos profissionais psiquiatras, de acordo com a publicação Demografia Médica Brasileira (2015) do Conselho Federal de Medicina, existem 9010 médicos psiquiatras atuando no Brasil, sendo 63 deles no estado do Piauí (Figura 2). Destes, a grande maioria atua na capital Teresina e apenas 3 na região sul do estado, sendo um no município de Uruçuí (objeto deste estudo) e outros dois nos municípios de Floriano e São Raimundo Nonato (Figura 3).

Figura 2: Número de médicos no estado do Piauí por especialidade (ano 2015)



Fonte: Demografia médica. Conselho Federal de Medicina

Figura 3: Distribuição dos médicos psiquiatras no território brasileiro (ano 2015)



Fonte: Scheffer M. *et al.*, Demografia Médica no Brasil 2015.

3.2.3 Contrato do Psiquiatra com a Sociedade

O Royal College of Physicians de Londres, em 2006, definiu profissionalismo como um conjunto de valores, comportamentos e relações que conduzem a uma credibilidade atribuída aos médicos. Uma relação pautada no cuidado, respeito mútuo e na responsabilidade pelo próximo é de extrema importância para o estabelecimento da boa prática médica.

No Reino Unido, somente 4-5% dos médicos graduados escolhem a Psiquiatria como área de atuação (RCP,2006). Isso pode ser atribuído ao fato de que a doença mental exige bastante disponibilidade do profissional psiquiatra no tocante à atenção a seus pacientes, além de uma relação próxima e muitas vezes intensas. Os pacientes têm sempre a expectativa de posturas altruístas por parte dos psiquiatras, pois os veem como pessoas de alto nível intelectual e propensos a sensibilizarem-se com o sofrimento humano.

Hoje em dia, o conhecimento dos diagnósticos psiquiátricos não pode estar divorciado dos valores de ambos, psiquiatra e paciente, sendo as decisões tomadas em conjunto fundamentais para o sucesso do tratamento. Os psiquiatras também esperam que os demais profissionais envolvidos, assim como também os cuidadores, entendam a complexidade da especialidade e deem suportes construtivos, buscando engajamento e saindo também um pouco apenas do discurso crítico à área.

Tentando estabelecer o que chama de Contrato do Psiquiatra com a Sociedade, Dinesh Bhugra (2016) elenca os sete “Es” da boa prática psiquiátrica:

1. **Evidência:** prática psiquiátrica baseada no desenvolvimento científico e no entendimento das classificações diagnósticas e seus respectivos tratamentos
2. **Ética:** aplicar a ética principialista (autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça) na prática diária
3. **Emoção:** estar atento à influência das emoções entre o psiquiatra e pacientes, seja individualmente ou em grupo
4. **Expertise:** a síntese da informação clínica e da prática científica refletindo na atividade médica

5. **Engajamento:** estar engajado com o desenvolvimento do serviço e estabelecer espírito de liderança
6. **Educação e Pesquisa:** buscar e gerar novos conhecimentos através de pesquisa e transmiti-los às próximas gerações de trabalhadores da saúde mental
7. **Empoderamento:** empoderar o paciente no intuito de maximizar autonomia e buscar sua recuperação no tocante à saúde mental

3.3 A Bioética de Proteção, de Intervenção e a Ética da Responsabilidade a serviço da assistência à saúde mental

A “ética da vida” está cada vez mais presente no âmbito das políticas públicas. Cabe destacar a forma como as questões de sustentabilidade não podem ser compreendidas satisfatoriamente sem o nexos com a Bioética. Quanto a Bioética na América Latina e no Brasil, se percebe a necessidade de adaptação dos conceitos da bioética principialista aos costumes e cultura regionais, considerando o contexto histórico e social de nossa população, levando, a América Latina, a buscar uma identidade própria do campo em questão, além do estabelecimento de uma disciplina acadêmica limitada aos cuidados de saúde. A bioética adquire “uma fisionomia global, como movimento político e de questionamento do tecido social”, voltada aos princípios de solidariedade e de justiça. Compreender, combater e superar vulnerabilidades passa a ser uma máxima no pensamento bioético latino americano. (Pessini, 2008).

Em seu Artigo 8º, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos promulgada pela UNESCO com o tema Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual, coloca que:

A vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada.

Uma reflexão bioética se faz necessária objetivando o “bem comum” a fim de que pessoas vulneráveis não sejam maltratadas, sendo a

predisposição dos destituídos a sofrerem danos ou serem vítimas de ações malévolas uma preocupação direta e essencial da bioética, o que nos leva a discutir a exploração dos menos favorecidos (Kottow, 2003).

Segundo Neves (2006), a proteção aos vulneráveis deve ser alcançada através do respeito pelas pessoas, reconhecendo que sua autonomia deve ser assegurada, acima de tudo, com a prática dos princípios da beneficência e da justiça. A autora fala que “a vulnerabilidade apela para o dever, isto é, apela a uma resposta ética, à responsabilidade do outro perante a ameaça do perecimento.”

A autora reitera que:

A maior parte das declarações universais de direitos humanos pode ignorar o fator de vulnerabilidade que caracteriza alguns grupos, seja natural ou artificialmente. A expressão de que todos os homens (e mulheres) nascem iguais e deveriam gozar de igualdade de direitos reconhece implicitamente que as diferenças não deveriam alterar a ordem social. Assim, reconhecido o núcleo utópico dessa declaração, e comprovadas suas múltiplas transgressões e violações em todas as sociedades, erige-se em princípio adicional fundador da convivência que ninguém pode se aproveitar da vulnerabilidade de outros; ademais, aqueles que estejam em situação de depreciação potencial ou vulnerabilidade deveriam gozar de privilégios compensatórios. Os grupos e as pessoas vulneráveis são uma presa fácil da discriminação, da negação de seus direitos e eventualmente da estigmatização, que é a soma de todas as ações e reações de uma comunidade diante de atributos negativos.

Neves (2006) defende que indivíduos e grupos especialmente vulneráveis devem ser protegidos, nos quais a vulnerabilidade tida como princípio ético formularia uma obrigação da ação moral. Ação moral essa que poderia significar o resgate da dignidade da condição humana.

A bioética da proteção surgiu a partir da inquietação e/ou angústia de pesquisadores latino-americanos, levando em consideração não apenas a vulnerabilidade humana e sim todos os aspectos que contribuem sobremaneira para a existência desta condição. Assim, considera-se aqui não apenas a vulnerabilidade, mas sim a própria condição existencial dos humanos submetidos à pobreza, à escassez de recursos de saúde, à fome, ao desemprego, à falta de moradia, etc (Kottow,2008).

Considerada um subconjunto da bioética, conglobera ferramentas teórico-práticas que têm como objetivos entender, descrever e resolver conflitos de interesses entre quem é mais abastado dos meios que capacitam uma vida digna e aqueles que, ao contrário, não os têm. Nessa perspectiva, valoriza a proteção/cuidado da vulnerabilidade dos vulneráveis, consolidando a concretude bioeticista do princípio da justiça e estabelecendo a equidade como alicerce para alcançar a igualdade entre os seres vivos.

Além disso, a bioética da proteção prima por resguardar a integridade física, psíquica, social e patrimonial do indivíduo, com vistas a promover uma melhoria da sua saúde e qualidade de vida, especialmente daqueles que são mais necessitados. Fundamenta-se no princípio da responsabilidade social priorizando os mais carentes, respeitando os direitos e a dignidade humana, os quais devem manter-se inalienáveis (Kottow,2001).

A Bioética da Proteção contém dois conceitos (Schramm,2008):

- 1) "bioética", com o significado genérico de "ética da vida" e;
- 2) "proteção", que indica uma prática consistente em dar amparo a quem necessita e que se refere à função principal do *ethos*, que é, justamente, a de proteger os vulneráveis.

Segundo o autor, a Bioética da Proteção pode ser pensada de duas maneiras: em *stricto sensu* e *lato sensu*. No *stricto*, visaria dar amparo aos sujeitos e populações que não possuem competência suficiente – ou "capacitação" para realizar seus projetos de vida "razoáveis e justos", ou seja, capazes de alcançar uma vida digna de acordo com os ditames da chamada cultura dos direitos humanos; como aquilo que é moralmente correto e necessário para o bom convívio humano. No sentido *lato sensu*, a Bioética da Proteção se ocuparia das condições necessárias à própria antropogênese, ou seja, da sobrevivência da espécie humana. Sinteticamente, a Bioética da Proteção pode ser entendida como "a parte da ética aplicada constituída por ferramentas teóricas e práticas que visam entender, descrever e resolver conflitos de interesses entre quem tem os meios que o "capacitam" (ou tornam competente) para realizar sua vida e quem, ao contrário, não os tem (Schramm,2008).

Os grupos considerados vulneráveis não seriam capazes, por alguma razão independente de suas vontades, de se defenderem sozinhos pelas condições desfavoráveis em que vivem ou devido ao abandono das instituições vigentes, governamentais ou não, que não lhes oferecem o suporte necessário para enfrentar suas condições de vida e tentar superar as adversidades presentes (Schramm,2008).

É importante frisar que a Bioética da Proteção não se aplica aos indivíduos e às populações que, mesmo em situações de vulnerabilidade, conseguem enfrentar essa realidade com seus próprios meios ou com os meios oferecidos pelas instituições vigentes e atuantes. Caso contrário, a proteção poderia ser confundida,

pertinentemente, com práticas paternalistas tão comuns na América Latina. O paternalismo impede a capacitação e o empoderamento para viver uma vida decente e livre, podendo tornar o indivíduo sempre dependente das escolhas alheias. Assim, entende-se que proteger significa dar as condições de vida que cada qual julgue necessárias para empoderá-lo na tomada de suas próprias decisões de vida, incluindo as situações no campo da saúde (Schramm,2008).

No ano de 2001, na Conferência de abertura do I Congresso Boliviano de Bioética, na cidade de La Paz, Volnei Garrafa utiliza pela primeira vez a expressão “Bioética de Intervenção”. Explanou que a mesma fazia uma análise geral dos conflitos morais para posteriormente elencar as categorias pertinentes à sua teoria, em uma espécie de leitura do mundo onde fica claro que os principais conflitos morais existentes seriam: a disparidade de poder e a inacessibilidade aos bens de consumo básicos à sobrevivência com dignidade (Feitosa,2015).

A Bioética de Intervenção surgia como uma ferramenta capaz, dentro das limitações decorrentes de sua pouca idade, de enfrentar questões sobre vulnerabilidades sociais, principalmente no que diz respeito à alocação de recursos sanitários. Como se sabe, a escassez de recursos em saúde é um dos maiores problemas para as políticas públicas, sendo quase sempre apontado como o fator de limitação da concreção do direito fundamental à saúde. Dessa forma, ao se falar de prestação pública em saúde as autoridades governamentais recorrem, como forma de tornar relativa sua responsabilidade social, à ideia já corriqueira de que não há recursos (Feitosa,2015).

Entende-se a Bioética da Intervenção como uma proposta de saber em construção, interagindo com os acontecimentos históricos e conjunturais, totalmente comprometida com o meio social em que se encontra inserida. Encontra-se em uma condição de protagonista na construção de novos saberes, dentro de um campo bioético definido por alguns bioeticistas como “Bioética Social”, aquela em que o fazer bioético opera na perspectiva de promover a justiça social e nesse caso as políticas públicas de saúde constituem-se numa das principais preocupações dos bioeticistas dessa área. No Brasil haveriam pelo menos duas propostas que atendem a essa finalidade, a Bioética inspirada na Teologia da Libertação e a Bioética da Proteção (Feitosa,2015).

A Pedagogia do Oprimido é o título do livro mais lido de Paulo Freire em todo o mundo desde que fora escrito no ano de 1968.

Em seu exílio no Chile, pôde sistematizar a experiência realizada no sertão do Rio Grande do Norte, na cidade de Angicos, onde centenas de agricultores foram alfabetizadas no período de apenas 45 dias. Segundo o autor: “Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão”. Esse lema dito “pedagógico-libertário” tornou-se um verdadeiro mutirão de vida. Muitos empreenderam seus próprios projetos de vida a partir do momento em que foram instigados a pensar e a pensar certo, que em Pedagogia do Oprimido é apresentada como “a condição para se estabelecer o diálogo que liberta”(Feitosa,2015).

A partir da relação entre opressor e oprimido que Paulo Freire desenvolve os conceitos de educação problematizadora em oposição à educação bancária, devendo ser considerada a diversidade na perspectiva da unidade plural que fundada em uma ética republicana seria capaz de reconhecer as diferenças entre as pessoas, os grupos sociais e etnias.

A Pedagogia do Oprimido se tornou uma proposta político-pedagógica de libertação que repercutiu bastante no meio acadêmico. Os movimentos sociais se apropriaram dela com muita propriedade. Educar para libertar virou meta de muitos projetos não governamentais que se utilizavam do método proposto por Freire para programas de alfabetização no campo e na cidade.

Embora seja a Pedagogia do Oprimido a obra mais conhecida de Paulo Freire e de maior impacto, devemos ter em conta que o conjunto de sua produção teórica continua a ser hoje referência importante por sua capacidade de influência sobre a produção do saber seja como método, seja como engajamento político. A Bioética de Intervenção se faz exemplo concreto, tanto pela inquestionável identificação com o pensamento freiriano como pela sua opção pelos vulneráveis da sociedade (Garrafa,2014).

Na perspectiva da Pedagogia da Libertação, o resgate de valores humanos universais interessa a todas as pessoas; o que significa que a conquista da liberdade para os oprimidos, garantindo-lhes condições de humanizar-se, devolverá também àqueles que oprimem a dignidade perdida nas suas posições de opressores.

Incluir o pensamento de Paulo Freire na bioética pode contribuir para fundamentar as discussões éticas em saúde, favorecendo medidas de inclusão social

e estimulando a construção de sistemas sanitários mais adequados e acessíveis. Ou seja, ajudando a criar ambientes públicos favoráveis à concretização de realidades sociais mais solidárias, com mais qualidade de vida para as populações excluídas (Garrafa,2014).

Como proposta empoderadora nesse contexto, é interessante abordar a temática da educação em saúde.

Em meados dos anos de 1980 se dá, simultaneamente, a invenção do letramento no Brasil, do *illettrisme*, na França, da literacia, em Portugal, para nomear fenômenos distintos daquele denominado alfabetização, *alphabétisation*. Sem pretender uma discussão mais extensa dessas diferenças, destaca-se a diferença fundamental, que está no grau de ênfase posta nas relações entre as práticas sociais de leitura e de escrita e a aprendizagem do sistema de escrita, ou seja, entre o conceito de letramento (*illettrisme*) e o conceito de alfabetização (*alphabétisation*) (Soares,2004).

Nos países desenvolvidos, as práticas sociais de leitura e de escrita assumem a natureza de problema relevante na população, que embora alfabetizada, podem não dominar as habilidades de leitura e de escrita necessárias para uma participação efetiva e competente nas práticas sociais e profissionais que envolvem a língua escrita. Já nos países menos desenvolvidos, surge para caracterizar jovens e adultos que apresentem precário domínio das competências de leitura e de escrita, dificultando sua inserção no mundo social e no mundo do trabalho; confundindo-se assim com o próprio conceito de alfabetização utilizado no Brasil. Aqui, a necessidade de habilidades para o uso competente da leitura e da escrita tem sua origem vinculada à aprendizagem inicial da escrita (Soares,2004).

O conceito de educação em saúde traduz a evolução no processo de definição, redefinição e quantificação dos níveis de literacia funcional em saúde da população adulta. Ao mesmo tempo em que há o reconhecimento da necessidade de competências sofisticadas em literacia para viver em sociedade, um baixo nível de educação em saúde pode ter um efeito negativo sobre a saúde da população em geral (Berlinguer, 2003).

A educação em saúde é cada vez mais vista como um determinante-chave em saúde, sendo crescente a evidência de que um baixo nível de Literacia em Saúde (LS) está associado a taxas elevadas de morbidade e mortalidade. Um nível inadequado de LS pode traduzir-se por dificuldades na comunicação com os profissionais de saúde, criar barreiras na gestão da doença crónica, reduzir a probabilidade de comportamentos de prevenção da doença, incrementar a ocorrência de erros de medicação, potenciar o risco de hospitalização e pode ainda acarretar uma menor qualidade de vida (Ebrahim, 2011).

Vários estudos evidenciam que os níveis de LS são baixos em grupos de indivíduos socialmente desfavorecidos; estes mesmos grupos exibem taxas elevadas de doenças não comunicáveis e evitáveis, para além de que têm maior dificuldade em ter acesso a serviços de saúde e em gerir a sua própria saúde. Assim, a melhoria do nível de LS foi identificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma estratégia-chave para potenciar a saúde de populações vulneráveis e para reduzir desigualdades em saúde, quer em países desenvolvidos quer em desenvolvimento (Organização Mundial de Saúde, 2009).

E, mais especificamente no âmbito da saúde mental, a LS pode proporcionar reconhecimento e a conscientização de que o indivíduo tem do seu problema e de que modo este o afeta requerendo a ajuda de outra pessoa; a percepção de que é capaz de expressar através da linguagem o que sente (sintomas) e que o profissional o entende e valoriza; a análise da disponibilidade das fontes de ajuda que podem contribuir para a resolução do problema; e também motivar em procurar ajuda quando necessário (Sorensen, 2012).

Por fim, Garrafa (2011) fala também que a Bioética de Intervenção não deve ser despolitizada, não devendo agir em favor dos poderosos nem tampouco defender a liberdade individual irrestrita de modo a desconsiderar as possíveis consequências coletivas. Para o autor, o empoderamento de sujeitos individuais, principalmente os que se encontram em situações de vulnerabilidade, seria capaz de amplificar as vozes daquele seguimento marginalizado, podendo ser agente transformador em suas vidas.

O desafio à bioética torna-se emergente e crescente, na medida em que ela assume o compromisso de propor princípios e limites orientadores para o esperado comportamento responsável de todos aqueles que, de algum modo, são capazes

dessa intervenção e modificação nos mais amplos domínios da vida, incluindo a formulação de adequadas políticas públicas voltadas aos cuidados em saúde mental dos indivíduos.

Hans Jonas (2006) propõe ao pensamento e ao comportamento humano uma nova ética. A ética tradicional, segundo ele, fundava-se e acontecia apenas dentro dos limites do ser humano, não afetando a natureza das coisas extra-humanas. Em substituição aos antigos imperativos éticos, principalmente o imperativo kantiano, Jonas propõe um novo imperativo: “Age de tal maneira que os efeitos de tua ação sejam compatíveis com a permanência de uma vida humana autêntica”.

Nos dias de hoje, a responsabilidade há de ser posta como alicerce do respeito pela vida. Giovanni Berlinguer (2003) enfatizou que “o princípio da responsabilidade, segundo o filósofo Hans Jonas, precisa estar na base da ética moderna devido ao extraordinário poder adquirido pela espécie humana para modificar o ambiente planetário, os seres vivos e nós mesmos”.

A ação humana deve levar em conta as consequências de um futuro além de sua existência limitada, mas deve abarcar as futuras gerações. Essa é outra característica do pensamento de Hans Jonas, pois assume um caráter de não reciprocidade, uma vez que, o futuro não nos dará nada em troca pelo nosso bem proceder responsável de hoje.

A ética da responsabilidade de Jonas terá como característica combater o defeito mais forte e favorecer o lado menos beneficiado pelas circunstâncias. Nesse sentido, tal ética estará sempre ao lado dos fracos contra os fortes e dos que aspiram contra os que já possuem. Só uma ética que responsabilize a todos pode cumprir o papel de apontar os valores e os fins a serem perseguidos e utilizar os meios como aquilo que realmente são, sem transformá-los em fins em si mesmos.

Menciona ainda e adverte sobre a “capacidade do governo representativo em dar conta das novas exigências, segundo seus princípios e procedimentos normais”, visto que estes consideram os interesses atuais. Caberia ainda aprofundar a discussão de modo específico quanto a responsabilidade livremente escolhida pelo Homem político e o Estado ideal e o melhor dos Estados possíveis.

Sem a pretensão de tangenciar o Utilitarismo clássico consequencialista, o Homem público teria a oportunidade, pautado na ética da responsabilidade, de ser

agente mobilizador das boas políticas públicas que alcançariam a um bem-estar para a maior quantidade de indivíduos possível.

Aqui, pode-se refletir acerca das nuances da ética da responsabilidade e da ética da convicção, propostas por Max Weber em seu texto “A política como vocação” escrito em 1919.

Weber critica a ética denominada de convicção por se pautar em um puro axioma ético, não considerando as possíveis consequências práticas. Segundo ele

Toda a atividade orientada segundo a ética pode ser subordinada a duas máximas inteiramente diversas e irreduzivelmente opostas. Pode orientar-se segundo a ética da responsabilidade ou segundo a ética da convicção. Isso não quer dizer que a ética da convicção equivalha à ausência de responsabilidade e a ética da responsabilidade, à ausência de convicção. Não se trata disso, evidentemente. Não obstante, há oposição profunda entre a atitude de quem se conforma com as máximas da ética da convicção – diríamos, em linguagem religiosa, “O cristão cumpre seu dever e, quanto aos resultados da ação, confia em Deus” – e a atitude de quem se orienta pela ética da responsabilidade, que diz: “Devemos responder pelas previsíveis consequências de nossos atos”.

Na ética da convicção, toda ação é alimentada pelos princípios valorativos fundamentais da própria crença. Ou seja, o adepto age segundo a sua convicção moral que seria considerada boa e, portanto, justificaria as ações necessárias para a consecução de um fim, e se os fins se mostrarem catastróficos, o adepto não se julgará responsável por tal resultado. Uma vez que fez sua parte, agindo por convicção, se o resultado não foi o esperado, esse pode ser atribuído à vontade divina, à incompreensão humana ou à decadência do mundo. Sua maior responsabilidade é manter acesa a chama da convicção, para que ela não seja extinta.

Por outro lado, a ética da responsabilidade, segundo Weber, conta com as fraquezas e contradições humanas e sabem que não podem “lavar as mãos” em relação às possíveis consequências dos atos de quem a pratica. Para Weber, na esfera política, deveria imperar a “ética da responsabilidade” e, segundo ele, as três qualidades fundamentais para o homem político seriam: a paixão, o sentimento de

responsabilidade e o senso de proporção. Paixão seria o sentido do 'propósito a realizar', isto é, devoção apaixonada a uma causa.

4 Metodologia

Trata-se de uma discussão conceitual-filosófica, pretendendo-se realizar um estudo de caso na perspectiva de elaborar um ensaio que proporcione a confecção de boas práticas de políticas públicas em saúde mental à luz da bioética.

Para construir os pressupostos teóricos dessa empreitada intelectual procurou-se identificar autores que pudessem contribuir em, pelo menos, duas distintas perspectivas inerentes à característica acadêmica desse estudo: a assistência em saúde mental no Brasil e a complexidade da abordagem ética e bioética. No tocante aos aspectos éticos e bioéticos, recorreremos às seguintes contribuições: Volnei Garrafa – Bioética de Intervenção; Fermin Roland Schramm - Bioética de Proteção; Paulo Freire – Pedagogia do Oprimido; Hans Jonas e Max Weber – Princípio Responsabilidade; e Dinesh Bhugra – Contrato da Psiquiatria com a Sociedade.

4.1 Local da Pesquisa

O estudo de caso foi realizado a partir da experiência no município de Uruçuí – Estado do Piauí no período de março de 2013 a março de 2016.

4.1.1 História do Piauí

Muito tempo antes do descobrimento do Brasil, o Piauí, segundo alguns sinais existentes, parece ter sido habitado por povos civilizados. Estes sinais foram mostrados pelo professor austríaco Ludwig Schwennhagen, que acreditava ter sido a Pedra do Sal, em Parnaíba, a estação marítima dos antigos navegantes, e as Sete Cidades, em Piracuruca, o centro de suas reuniões. O Piauí era habitado por indígenas (tupis, os tapuias e caraíbas), em concentração às margens do rio Parnaíba e seus numerosos afluentes e da lagoa de Parnaguá (Piauí,2010).

Nome derivado de um rio, denominado Piauí, caminho obrigatório dos estradistas, não há motivo para refugar a etimologia clássica do Piau, um peixe de pele manchada. Os indígenas já o denominaram Piagui, mais tarde chamaram as terras de Piagoí, e somente depois é que ficaram conhecidas como Piauí, sendo a mesma origem Tupi: Piau significa peixe e a letra i existência indígena (Piauí,2010).

Durante muito tempo após o descobrimento, o Piauí ficou em completo esquecimento. Só mais tarde um bandeirante paulista, Domingos Jorge Velho, penetrou em terras piauienses. Ele desbravou o território, cultivou a terra, construiu currais e criou gado, mas logo continuou o seu caminho, desbravando novas regiões. Foi ele quem deu a atual denominação de Parnaíba ao rio que antes era conhecido como rio Grande dos Tapuias, Pará ou Punaré (Piauí,2010).

Pouco depois da passagem de Domingos Jorge Velho, chegou Domingos Afonso Mafrense, o colonizador do estado. À margem do riacho Mocha, instalou a fazenda de Cabrobó, na qual residiu por algum tempo. Logo depois, formou-se um povoado, próximo a essa fazenda, com o mesmo nome, e mais tarde chamado Nossa Senhora da Vitória do Brejo da Mocha do Sertão do Piauí (Piauí,2010).

Com o desenvolvimento da lavoura e da criação de gado, o povoado desenvolveu-se e foi elevado à categoria de vila, com o nome de Mocha. Mais tarde, passou à condição de cidade com o nome de Oeiras.

Logo após a criação da vila de Mocha, foram criadas no Piauí as seguintes vilas: Parnaguá, Jerumenha, Campo Maior, São João da Parnaíba (atual cidade de Parnaíba), Marvão (atual Castelo do Piauí) e Valença.

Foi o gado, que na segunda metade do século XVII abriu caminho para a ocupação do estado do Piauí, demarcando as suas fronteiras. Os rebanhos trazidos por sertanistas, deixando o rio São Francisco, desceram os rios Gurguéia e Piauí, percorrendo a região que vai do Gurguéia ao Poti para se fixarem em terras piauienses (Piauí,2010).

As principais povoações do Piauí, depois transformadas em vilas e cidades, cresceram a partir das fazendas de criação de gado. A carne, como alimentação, e o couro no vestuário, permitiram a sobrevivência dos desbravadores pioneiros.

Parnaíba foi a primeira vila piauiense a tomar parte nos movimentos pela independência, por causa da sua localização geográfica, próxima ao litoral.

A 19 de outubro de 1822 foi proclamada, em Parnaíba, por Simplício Dias da Silva, João Cândido de Deus e Silva, Domingos Dias, entre outros, a independência do Piauí e D. Pedro I aclamado imperador constitucional. Nessa data, é hoje comemorado o Dia do Piauí. Entretanto, o Piauí ficou sob domínio português até 24 de janeiro de 1823, quando o Brigadeiro Manoel de Sousa Martins declarou o estado independente em Oeiras (Piauí,2010).

Em 13 de março de 1823, travou-se, à margem do rio Jenipapo, em Campo Maior, a mais sangrenta, e possivelmente única, batalha entre brasileiros e portugueses pela independência nacional, a Batalha do Jenipapo, onde centenas de piauiense e voluntários cearenses perderam a vida ou foram capturados, escrevendo com o seu sangue uma das páginas mais gloriosas da história nacional.

Independente o Piauí, a vila da Mocha foi escolhida para a capital, com o título de cidade e o nome de Oeiras, em homenagem ao conde de Oeiras, mais tarde Marquês de Pombal. Como cidade floresceu rapidamente, tornando-se o centro mais importante do novo estado.

Desde os tempos coloniais, entretanto, pensava-se em se mudar a capital do Piauí, de Oeiras para as margens do rio Parnaíba, por ser aquela cidade de difícil comunicação, criando dificuldades ao governo e o comércio. Apesar de justos os motivos, a mudança só se fez muito tempo depois, no ano de 1851, graças ao Conselheiro José Antônio Saraiva. Foi escolhido a Chapada do Corisco para a criação da Nova Vila do Poti, as margens do rio Parnaíba. Pouco depois surgiram as primeiras casas e a Igreja de Nossa Senhora do Amparo. No ano seguinte a Nova Vila do Poti foi elevada à categoria de cidade, com o nome de Teresina, em homenagem a D. Teresa Cristina, imperatriz do Brasil. A instalação definitiva da capital em Teresina foi realizada no dia 16 de agosto de 1852 (Piauí,2010).

De acordo com a última estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publicada em 2015, Teresina possui 814.230 habitantes.

4.1.2 História de Uruçuí

Uruçuí é um município brasileiro do estado do Piauí. Localizado às margens do rio Parnaíba a uma distância mais ou menos de 453 km de Teresina. O município possui 20.149 habitantes de acordo com o último censo do IBGE. Está na lista dos municípios brasileiros que mais crescem nos setores econômicos, esse crescimento obteve-se cerca de 27% a 28% desde o ano 2000.

Pode parecer estranho que uma pequena cidade, sede de um município com extenso território, que ocupa o quarto lugar na área geral do estado, sendo maior do que ele, apenas os municípios, de Ribeiro Gonçalves, São Raimundo Nonato e Canto do Buriti, com uma densidade populacional de 1,2 por km², fundado nos idos de 1900, se destaca como uma das mais prósperas do interior piauiense.

A agricultura é notadamente sua principal atividade econômica. A exploração comercial da soja, iniciou-se na década de 80, provocando uma grande migração de paranaenses, catarinenses, gaúchos e paulistas, e, mais recentemente, goianos e mato-grossenses, em direção aos cerrados piauienses. Além da soja, os produtores rurais originários do sul do país desenvolveram na região outras culturas como arroz e milho, e adotaram tecnologia moderna, com uso intensivo de mecanização, adubação e correção de solos (Santana,2011).

Com o sucesso da agricultura, algumas multinacionais se instalaram na região, aumentando significativamente a arrecadação municipal, sendo Uruçuí hoje o maior pib *per capita* do estado do Piauí, superando inclusive a capital Teresina.

4.2. População estudada

A rede de saúde mental do município de Uruçuí é a responsável pela assistência à população dos 05 municípios da regional de saúde Tabuleiros do Alto Parnaíba (Quadro 1).

Quadro 1- Distribuição da população das cidades que compõe a regional de saúde Tabuleiros do Alto Parnaíba

Nº ORD.	TERRITÓRIO DOS TABULEIROS DO ALTO PARNAIBA/ COORDENAÇÃO REGIONAL DE URUÇUÍ	POPULAÇÃO
01	Antônio Almeida	3.140
02	Baixa Grande do Ribeiro	10.232
03	Ribeiro Gonçalves	6.577
04	Sebastião Leal	4.080
05	Uruçuí	19.017
TOTAL GERAL		43.046

Fonte: SESAPI (Secretaria da Saúde do Estado do Piauí), 2015

5 Relato do caso: o panorama da atenção psicossocial no Município de Uruçuí - PI

A contextualização deste estudo de caso tem por finalidade ilustrar a experiência de um município onde, à leitura da Bioética, pode-se inferir o quanto um modelo adequado de gestão, com recursos humanos e financiamento adequados podem modificar o panorama do desenvolvimento de uma região no tocante às perspectivas da saúde mental de sua população.

Diferentemente da maioria dos estados brasileiros, o estado do Piauí tem sua colonização realizada a partir de terras no interior do país, com início na região sul do estado e caminhando em direção à região norte, no que hoje se constitui a região litorânea.

Essa peculiaridade, somada à mudança de localidade da capital do estado, antes Oeiras (sul do estado) e posteriormente Teresina (norte do estado), trouxe sérias alterações socioeconômicas à configuração do estado, as quais permanecem até hoje. Dentre elas, a arquitetura e rede de implementação dos serviços de saúde do estado, com consequências diretas no acesso da população a esses serviços.

O CAPS de Uruçuí é responsável por atender a demanda de 05 municípios da região de saúde Tabuleiros do Parnaíba: Uruçuí, Sebastião Leal, Ribeiro Gonçalves, Baixa Grande do Ribeiro e Antônio Almeida.

No início do ano de 2013, a rede de atenção psicossocial em Uruçuí estava praticamente inoperante. Não havia, há 6 meses, atendimento à população por falta de profissional psiquiatra no CAPS de Uruçuí (demitiu-se por falta de pagamento). Não havia equipe multidisciplinar formada nem tampouco outros serviços existiam na atenção primária; o fornecimento de medicação estava suspenso por falta generalizada de medicamentos na rede e pacientes mais graves eram encaminhados para Teresina. A sede do CAPS estava inclusive com a energia elétrica cortada e, caoticamente, constatava-se prontuários jogados ao chão por todo o estabelecimento, misturados muitas vezes a insetos e dejetos de roedores.

Além disso, não havia sequer levantamentos ou registros estatísticos sobre a população atendida e seu panorama epidemiológico. O registro e o arquivamento dos prontuários eram precários, sendo muitas vezes até inexistentes, havendo bastante dificuldade em identificar os pacientes que ainda estavam de fato em tratamento.

Com a nova gestão do poder executivo que se iniciava, a prefeitura contratou novo profissional psiquiatra (autor deste ensaio) e também uma nova equipe multidisciplinar passava a ser constituída (enfermeira, psicóloga, assistente social, 02 técnicas de enfermagem, fisioterapeuta, recepcionista e cozinheira). Uma farmácia com cesta ampliada de medicamentos foi disponibilizada e um veículo com capacidade para 15 lugares fora adquirido para transportar os pacientes mais graves de suas casas até o CAPS. É importante frisar que o novo projeto para a rede foi idealizado pelo psiquiatra contratado que, além das 20 horas de atendimento, se disponibilizava ao desenho e à implantação da nova rede de assistência.

A demanda de atendimentos psiquiátricos foi aumentando e, após 8 meses, a rede de atenção já necessitava ser ampliada. Assim, foi proposta também a implantação do NASF na cidade, que, dentre outros objetivos, poderia ajudar a suplantiar a carência existente no atendimento em saúde mental da região; fato esse que ocorrera com sucesso apenas parcialmente, pois era muito difícil engajar os profissionais da rede da atenção básica à saúde.

Assim, dois grandes obstáculos ainda precisavam ser superados. O primeiro deles era aprimorar o mecanismo de referência e contra referência dos pacientes da rede através de treinamento dos outros profissionais, principalmente médicos generalistas, no tocante à saúde mental. E o segundo era educar a população sobre as principais doenças mentais e empoderá-la na busca do gerenciamento de situações de crises e que serviços de saúde procurar quando necessário; além de aspectos como adesão ao tratamento farmacológico e psicoterápico.

Como o serviço estava sendo reestruturado e funcionando adequadamente, havia um anseio muito grande da população por atendimento nesta instituição de saúde. Em média, 200 atendimentos psiquiátricos eram feitos a cada mês. Um treinamento com expertise em triagem foi necessário para estabelecer e diferenciar as reais demandas da população no tocante ao adoecimento psíquico. Havia uma

preocupação real em não medicar “vulnerabilidades” sociais e sim aquelas que realmente necessitavam tal intervenção.

Assim, foram realizados dois fóruns em saúde mental, sendo o primeiro deles voltados para os profissionais de saúde e o seguinte para estes profissionais conjuntamente com a população em geral. Com grande público, foi extremamente exitoso a sensibilização das pessoas para os temas abordados, principalmente no tocante aos aspectos de prevenção bem como aos aspectos positivos de tratamento proporcionados pela nova estruturação da rede de atenção psicossocial. Porém, o treinamento acerca do fluxograma dos pacientes não fora realizado, pois a agenda dos profissionais médicos clínicos nunca foi compatibilizada pelo gestor da saúde a fim de permitir o treinamento.

Ao passo que os atendimentos se avolumavam, era constatado um alto número de analfabetos e/ou analfabetos funcionais entre os pacientes, fato ratificado depois pelos registros estatísticos. De um total de 696 pacientes em tratamento, 216 eram analfabetos. Assim, foi proposto um projeto piloto de alfabetização dos pacientes intensivos (frequentavam pelo menos 3 vezes por semana o CAPS). A secretária de educação cedeu uma profissional pedagoga e uma pequena sala de aula foi instalada dentro do estabelecimento. Em dois anos, 36 pacientes já foram alfabetizados.

Também, foi iniciada uma parceria com a Casa do Artesão por intermédio da Secretaria de Assistência Social com o intuito de que alguns dos pacientes pudessem aprender um ofício (técnicas de bordado, artefatos em argila, culinária a base da soja abundante na região, objetos de decoração com material reciclado) e pudessem ter um complemento da renda no futuro. Logo, 02(duas) oficinas terapêuticas semanais foram implantadas com essa parceria e a produção dos pacientes, oriunda da mesma, direcionada à comercialização na Casa do Artesão.

Entretanto, no final do segundo ano de funcionamento da nova rede, a situação começou a mudar, e a qualidade do serviço a diminuir seu padrão de qualidade. Os medicamentos ficaram escassos por falta de fornecimento; foram suspensas as visitas domiciliares devido à redução da carga horária de trabalho da equipe com conseqüente redução salarial, e até as atividades festivas foram diminuídas no intuito de cortar despesas. O poder executivo alegava redução das receitas do município

devido a uma menor arrecadação de tributos oriundos da agricultura (plantio de soja, milho e algodão), principal atividade da região. E alegava também que os R\$ 28.000,00 mensais vindos do governo federal eram insuficientes, pois o gasto mensal com o CAPS chegava a R\$ 87.000,00, sendo que o restante era antes complementado diretamente pela prefeitura em repasse à secretaria de saúde com os recursos provenientes dos impostos arrecadados sobre a atividade agrícola.

Na metade do seu terceiro ano de gestão, a arrecadação de tributos voltou aos parâmetros anteriores; houve troca do gestor da secretaria de saúde e também mudanças na composição da equipe do CAPS. O fornecimento de medicações melhorou, porém foi necessário priorizar o custeio do tratamento dos pacientes mais graves devido à necessidade de ainda dirimir custos. As atividades voltadas para inserção social e autonomia dos pacientes, como passeios e atividade física supervisionada, também foram restabelecidas.

No final do terceiro ano de gestão, a atenção à assistência em saúde mental avançou bastante, sendo o município de Uruçuí contemplado com uma nova sede para o CAPS através de investimento direto da administração municipal. Fora adquirida uma casa bastante ampla, com 6 cômodos (se tornaram salas de atendimento médico, psicoterápico, fisioterápico, farmácia e oficinas de artesanato e psicoeducação além de sala de aula para alfabetização de pacientes). Além disso, no quintal da casa foi plantada uma horta comunitária idealizada pelos próprios pacientes. A equipe de profissionais também foi ampliada (mais 01 enfermeira, 01 farmacêutico, 01 professor de educação física) e uma nova coordenação instituída. A equipe completa contava agora com 17 funcionários: 01 psiquiatra, 02 psicólogas, 02 enfermeiras, 01 assistente social, 01 fisioterapeuta, 01 farmacêutico, 01 professor de educação física, 01 pedagoga, 02 técnicas de enfermagem, 01 recepcionista, 01 cozinheira, 01 auxiliar em serviços gerais, 01 vigia, 01 artesã)

Além desse crescimento da equipe, foi possível iniciar coleta de dados estatísticos acerca dos dados sócio demográficos dos pacientes e também no tocante aos diagnósticos psiquiátricos demandados nos atendimentos (Quadro 02). Esses dados alimentam o sistema BPA/Datasus do governo federal, indicando a produtividade do CAPS e sendo necessário para a manutenção dos recursos oriundos do Ministério da Saúde.

Quadro 02: Perfil sócio-demográfico dos pacientes atendidos no CAPS do município de Uruçuí, 2015.

Dados Sócio Demográficos	
Sexo	
Masculino	240
Feminino	456
Idade	
0 a 10 anos	16
10 a 20 anos	76
20 a 60 anos	448
Acima de 60 anos	156
Escolaridade	
Não alfabetizado	216
Alfabetizado	
Ensino Fundamental Completo	204
Ensino Fundamental Incompleto	112
Ensino Médio Completo	76
Ensino Médio Incompleto	28
Curso Superior Completo	40
Curso Superior Incompleto	20
Renda	
< 1 Salário Mínimo	183
Entre 1 a 3 Salários Mínimos	476
Acima de 3 Salários Mínimos	37
Estado Civil	
Solteiros	264
Casados	328
União estável	88

Fonte: DataSUS, BPA 2015

Atualmente, a equipe de profissionais ainda carece de maior coesão e engajamento. A nova coordenação não conseguiu estabelecer prioridades nem tampouco estabelecer espírito de liderança. Os profissionais relatam que a coordenadora não cumpre sua carga horária de trabalho nem tampouco se engaja nas atividades diárias do CAPS já que não realiza atendimentos psicoterápicos (condizente com a sua profissão de psicóloga). Segundo eles, ela fica limitada a

organizar atividades festivas e a realizar a compra de materiais utilizados no estabelecimento.

As unidades básicas de saúde de Uruçuí encaminham os pacientes com demandas em saúde mental para avaliação e tratamento. Os demais municípios, geralmente, encaminham somente os casos mais graves como pacientes esquizofrênicos em surto psicótico ou pacientes bipolares de difícil controle com baixa adesão ao tratamento. A estes é dado acesso apenas à cesta básica de psicofármacos preconizada pelo Ministério da Saúde, ficando o restante a cargo de cada município ou custeados pelos próprios pacientes. Aos pacientes de Uruçuí é fornecida uma cesta ampliada, constando medicamentos mais modernos, adquiridos com recursos próprios do município. Apesar de ter melhorado nos últimos 06 meses, o fornecimento das medicações não voltou aos parâmetros iniciais do projeto devido à diminuição de fornecimento, sob a alegação de diminuição de custos por parte da gestora. E no último mês, a situação voltou a se agravar com a falta generalizada de medicamentos em toda a rede pública do município.

No tocante às internações psiquiátricas e/ou remoções anteriormente realizadas para a capital Teresina, durante esses 3 anos iniciais da nova rede psicossocial, somente 03 pacientes foram encaminhados para internação psiquiátrica sendo 02 deles não residentes no município de Uruçuí e tendo dinâmica familiar bastante empobrecida. O outro paciente, com histórico de 19 internações psiquiátricas, residente em Uruçuí, passou a receber intervenção especial por parte da equipe. Visitas diárias eram feitas e a medicação ministrada presencialmente, incluindo os finais de semana, além da psicoeducação prestada aos familiares. Semanalmente, o médico psiquiatra também visitava o paciente e monitorizava a higiene pessoal do mesmo, que só aceitava tomar banho na presença do médico.

É importante ressaltar que, apesar das falhas, as mudanças foram sensíveis. E hoje, o investimento na rede, saltou dos R\$ 28.000,00 mensais oriundos do governo federal para R\$ 87.000,00 mensais, com complementação orçamentária direta do município. O transporte e os custos com a nova sede também foram frutos de investimento com recursos próprios da administração municipal.

6. Discussão

Uma discussão sobre assistência à saúde mental à luz da bioética implica em ampliar o olhar e as possibilidades para além dos programas instituídos com enfoque na população, e não só na parcela menos favorecida, mas também todo o entorno sócio-político-econômico e cultural no qual este grupo está inserido. Proteger, intervir e implicar-se nas ações é obrigação de todos; não só dos profissionais envolvidos, mas também dos gestores nas esferas municipal, estadual e federal.

O modelo aqui trazido para a discussão bioética foi o de uma rede de assistência em saúde mental, numa pequena cidade no interior do Piauí, que é considerada uma experiência exitosa e que ilustra a possibilidade de replicação em outras regiões do Brasil, muito embora muito ainda precisa ser aprimorado e sustentado a longo prazo. A Bioética serviu como base para uma leitura da assistência à saúde mental que mostrou seus desafios frente aos recursos não só financeiros, mas também de equipe, treinamento e disponibilidade pessoal e coletiva para a melhoria da população que necessita cuidados em Saúde Mental.

O CAPS de Uruçuí é responsável por atender a demanda de 05 municípios da região de saúde Tabuleiros do Parnaíba: Uruçuí, Sebastião Leal, Ribeiro Gonçalves, Baixa Grande do Ribeiro e Antônio Almeida. Nos últimos 03 anos, foi implementada e aprimorada uma nova rede de atenção psicossocial na região, eficaz na resolubilidade das demandas surgidas, porém, a assistência à saúde no interior do país, e aqui particularizada pela saúde mental, é bastante complexa e carece ainda de muita atenção por parte de profissionais e gestores.

No início, logo na fase de implementação da nova rede de saúde mental, ficou clara a necessidade de uma carreira estável voltada aos profissionais de saúde que proporcionem sua fixação no interior do país, principalmente nos conglomerados distantes dos grandes centros urbanos. É inadmissível a desassistência de toda uma população por longos 06 meses pela falta de profissional na rede de assistência, que pediu demissão por falta de pagamento. Um plano de carreira para o médico psiquiatra e os demais profissionais de saúde poderia garantir a continuidade e a estabilidade dos atendimentos prestados à população bem como o asseguramento dos vínculos

formados entre pacientes e profissionais, essenciais ao êxito no restabelecimento da saúde mental. Nesse aspecto, a reflexão, discussão e ação a partir da bioética de proteção e intervenção assim como a implicação da ética que tem como foco a responsabilidade são fundamentais como espaços de sensibilização de gestores e profissionais para o investimento em boas práticas de saúde com a finalidade de proporcionar proteção e diminuir situações de vulnerabilidade existentes entre os desamparados. O Estado deve sempre ser provocado a fim de garantir a equidade e a universalidade no acesso a saúde garantidos na Constituição. Nesse contexto, todos os cidadãos devem intervir para proteger.

Dentro desse contexto, deveria haver também uma lógica constituída em investir nos serviços de cuidados primários que são normalmente a opção mais barata, tanto para os indivíduos afetados como para os gestores. Com os cuidados de saúde mental integrados a esses serviços, as pessoas com perturbações mentais e as suas famílias evitam custos indiretos associados com a busca por cuidados especializados em localizações distantes. No estudo em questão, pode-se observar que apenas 02 pacientes precisaram se deslocar de Uruçuí para a capital Teresina, localizada a 500 km de distância. Quanto mais longe uma pessoa tem que viajar para receber cuidados, mais caro eles se tornam, e esta é uma razão importante pela qual as pessoas também desistem de programas de cuidados de saúde.

Um dos pacientes, que teve 19 internações psiquiátricas prévias, também foi possível a leitura da Bioética de Proteção como cerne para reflexão. É necessário um olhar mais atento às necessidades do outro enquanto indivíduo. Intervir nessa realidade através de uma prática de saúde permitiu um cuidado mais intensivo e direto tanto para ele como para seus familiares, possibilitando inclusive resgatar a autonomia do sujeito enfermo, inserido em seu contexto. A Bioética de Proteção, aplicada aos problemas de saúde pública, é capaz de determinar ações, respondendo as demandas de justiça sanitária, priorizando proteger os mais vulneráveis, por exemplo, em situações de escassez de recursos.

Pode-se falar que a ética emerge da sociedade. E nessa sociedade a Psiquiatria precisa aprofundar o conhecimento acerca das necessidades dos pacientes inseridos em suas famílias, culturas e expectativas sociais; assim, o profissional psiquiatra passa a ter importante embasamento da prática de sua própria profissão bem como

ser fundamental como sujeito ético nessa coletividade. A profissão médico psiquiatra deve estar engajada em conscientizar a população sobre as boas práticas em saúde de modo geral bem como atentar para as diversas possibilidades terapêuticas existentes de acordo com as demandas pessoais e coletivas presentes.

Porém, hoje em dia, há que se distinguir a prática da psiquiatria e as expectativas da sociedade ou a percepção da mesma. Existe uma grande discussão acerca da uniformidade dos tratamentos ao redor do mundo independente de diferenças culturais. É difícil pensar em um modelo único para realidades sociais tão distintas. De um lado, tem-se o modelo médico centrado na cura de doenças; e no outro tem-se o manejo de incapacidades e situações de vida dos pacientes. Tratamentos medicamentosos e demandas sociais tornam-se, de fato, duas faces de uma mesma moeda. E a mudança na prática da Psiquiatria se dá, de fato, na compreensão deste imbricamento entre as demandas das pessoas, sejam individuais ou coletivas, e a necessidade de intervenções psicoterápicas ou psicofarmacológicas. As intervenções baseadas na pessoa e, entendendo sua inserção na coletividade, passa a ser o cerne de uma boa prática do profissional psiquiatra.

A Bioética enquanto ética aplicada, entende a ordem ética como responsabilidade de todas as pessoas, onde cada indivíduo como sujeito ético tem um potencial ético a ser desenvolvido através do meio (família, escola, amigos). Haveria um caminho que aponta para um chamamento coletivo, sem exclusividade de atores ou de cenários; mobilizando a todos em prol do bem comum.

Atualmente, as questões sobre as práticas éticas e morais vividas pela sociedade, o desenvolvimento responsável das diversas profissões e áreas do conhecimento, estão se tornando uma exigência cada vez maior. Há uma forte tendência em considerar, como moralmente responsáveis, não somente o comportamento das pessoas como tal, mas também o de instituições, sejam elas públicas ou privadas, sendo o enfoque aqui o Estado. Na verdade, a exigência de um comportamento ético passou a ser uma questão tanto pessoal como institucional. Cabe ao estado assegurar que a população tenha acesso à saúde por ser de direito constitucional e propiciar que a população possa se empoderar não só para sua saúde, mas principalmente em relação a sua educação e aqui especificamente na educação para a saúde.

A ética aplicada surge para estabelecer um diálogo entre as teorias éticas e suas aplicações nas diversas áreas do conhecimento e em casos específicos. Trata-se, pois, de buscar impulsionar um maior entendimento ético, indicando, dessa forma, um novo panorama para a filosofia atual. Entendendo a ética da responsabilidade enquanto ética aplicada, pode ativamente contribuir para a sensibilização de gestores, governantes e profissionais de saúde, sendo, à princípio, uma ferramenta básica e estratégica na melhoria dos indicadores de saúde e na responsabilidade social de todos os atores envolvidos.

Ao se pensar a Bioética, assume-se o compromisso de contribuir ativamente para a mudança da sociedade. Embora possa abrir espaço para o questionamento sobre o poder da intervenção e a serviço de quem ela estaria, deve atuar na busca da construção de espaços públicos nos quais se discutam alternativas às situações provocadas pela desigualdade social, como a pobreza, o desemprego, a fome, o analfabetismo, a precarização no campo da saúde, educação etc. Deve ser uma prioridade possibilitar a construção de uma sociedade mais justa e igualitária, pautada pelo estabelecimento de relações solidárias, saudáveis, não discriminatórias, tendo em vista garantir condições mais dignas de sobrevivência, em um mundo onde as pessoas tenham assegurado o direito à plena qualidade de vida.

É extremamente importante estar presente na agenda dos cuidadores da saúde mental referenciais como responsabilidade, solidariedade, compromisso e participação. O profissional deve estar disponível e engajado na perspectiva de consolidar uma prática comprometida com os mais frágeis, que priorize os interesses coletivos em detrimento de anseios pontuais particulares.

Nos registros do presente ensaio, dos 696 pacientes atendidos no CAPS, foram contabilizados 216 como analfabetos, ou seja, praticamente 1/3 (um terço) do total. A ideia de Freire poderá ser lembrada ao se pensar intervenção e proteção da população quando do projeto de alfabetização destes pacientes, onde pelo menos 36 deles já estariam assim mais aptos ao exercício de sua “cidadania libertadora”. Além disso esse projeto também foi capaz de sensibilizar os familiares desses enfermos para a importância da educação no tocante à atitude perante o mundo e também para o aspecto facilitador para recuperar o status de saúde mental.

Superada a fase de alfabetização e/ou concomitante a ela, discutiu-se a ideia de aplicar o conceito de educação para saúde na rede de saúde mental de Uruçuí. Um indivíduo com nível adequado de educação em saúde consegue adquirir competências necessárias para poder ser responsabilizado pela sua própria saúde, assim como pela saúde da sua família e/ou comunidade. As atitudes de um indivíduo e as suas competências são fundamentais na forma como são percebidas as vivências e no desempenho comportamental face a diferentes situações de vida.

Para abordar Saúde Mental na família por meio de ações de educação em saúde faz-se necessário conhecer essas famílias em seus múltiplos aspectos, oferecendo-lhe suporte adequado para encarar adversidades. Dessa forma, para que ocorresse êxito na implementação e eficiência de ações para promoção de saúde mental na família era primordial conduzi-las conforme as percepções e potencialidades dos sujeitos para os quais se direciona a intervenção.

No Brasil são significativos os avanços referentes à Saúde Mental, dos mais diversos pontos de vista, porém a análise dos dados sobre recursos financeiros é decisiva para avaliar o teor da decisão política. Admite-se que o papel da bioética, ao se tratar de alocação de recursos, ainda está sendo paulatinamente construído, até porque é um problema muito grave. Nesse escopo, a complexidade inerente à alocação de recursos para uma política de atenção à Saúde Mental ainda merece bastante debate em prol do estabelecimento e fortalecimento da rede de atenção psicossocial. Embora não tenha sido objeto deste ensaio a alocação de recursos, é notória a condição do gestor em poder fazer escolha pela boa remuneração e fixação do profissional psiquiatra e de outros profissionais de saúde em regiões distantes dos grandes centros urbanos, assim como pela aquisição de medicamentos e insumos indispensáveis ao tratamento dos pacientes. Não haveria justificativa plausível, na realidade de Uruçuí, maior PIB per capita do estado do Piauí, para não remunerar adequadamente seus profissionais.

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), o Brasil investe, em média, 2% do orçamento total dos recursos do Ministério da Saúde na saúde mental, não considerando aqui programas específicos, como os relacionados ao crack, que envolvem investimentos compartilhados com outros ministérios. Isso significa menos de R\$ 5,00 per capita ao ano. A modalidade CAPS recebe do governo federal apenas

R\$ 28.000,00 mensais para manutenção do serviço, gastos que incluem as despesas com folha de pagamento, medicamentos, oficinas terapêuticas dentre outros. Esses valores estão congelados desde o início da Reforma Psiquiátrica em 2001. Em Uruçuí, o aporte de recursos através do investimento direto em caráter complementar feito pela gestão municipal foi essencial para a melhoria da assistência à saúde mental. No montante total, são investidos cerca de R\$ 87.000,00 mensais, sendo R\$ 59.000,00 provenientes desse aporte.

Apesar do estado do Piauí atualmente ocupar a 5ª (quinta) posição nacional no indicador de Cobertura de CAPS, com uma taxa de 1,13/100.000 habitantes, que é considerada cobertura muito boa de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde; essa realidade é bastante controversa.

A rede ainda se encontra bastante concentrada na região norte do estado devido à capital Teresina, respondendo por cerca de dois terços da quantidade de recursos disponíveis; o que remonta ainda a um reflexo do processo de colonização do estado. E dos 54 CAPS existentes no estado, apenas 06 estão na região sul do estado e em apenas 04 destes há atendimento regular realizado por profissional psiquiatra.

Em Uruçuí, o perfil empreendedor e empoderador do profissional psiquiatra, aliados aos fundamentos da Bioética, têm sido fundamentais para o êxito da assistência em saúde mental do município e de toda a região dos Tabuleiros do Alto Parnaíba.

Na fase de implementação do projeto, viu-se:

- 1) A ética da responsabilidade atuando como sensibilizador para gestores e profissionais de saúde, permitindo maiores investimentos e engajamento dos profissionais na implantação da nova rede;
- 2) Bioética da Proteção, enquanto ética aplicada, resgatando o cuidado aos pacientes e restabelecendo a autonomia com consequente diminuição da vulnerabilidade dos mesmos;
- 3) Início do contrato do médico psiquiatra com a sociedade, buscando estabelecer prioridades nos tratamentos demandados e, ao mesmo tempo atento e sensível à necessidade dos indivíduos daquela coletividade.

Na fase de manutenção e expansão da rede:

- 1) A ética da responsabilidade necessita ser uma constante junto aos gestores da administração municipal. Constata-se um salto de R\$ 28.000,00/mensais para R\$ 87.000,00/mensais em investimentos. Para Jonas (2006) Só uma ética que responsabilize a todos pode cumprir o papel de apontar os valores e os fins a serem perseguidos e utilizar os meios como aquilo que realmente são, sem transformá-los em fins em si mesmos.
- 2) A Bioética da Intervenção, imbricada com a Pedagogia do Oprimido, foi concretamente importante no pensar da implementação e execução do projeto de alfabetizar pacientes e/ou familiares. Além do poder libertador para o exercício da cidadania, esse projeto poderá empoderá-los no sentido do autogerenciamento de suas demandas no tocante à saúde mental.
- 3) A Bioética de Intervenção e Proteção também foram importantes na concepção e manutenção do projeto de geração de renda para os pacientes. Parte indissociável do processo de desinstitucionalização são as iniciativas de inclusão social pelo trabalho. Através do labor, o indivíduo resgata sua dignidade, minimizando situações de vulnerabilidade e resgata sua autoestima, facilitando sua recuperação.
- 4) A consolidação do contrato social do profissional psiquiatra com a sociedade de Uruçuí ocorreu através de um espírito de liderança sobre a equipe, que possibilitou correlacionar as necessidades da população com as capacidades de investimento dos gestores; bem como com expertise e boas práticas de saúde e educação, estar atento ao poder transformador de empoderar aquela população sob os mais diversos aspectos da vida, mas sobretudo no tocante à educação para saúde.

Não haveria projeto de uma nova rede de saúde mental para Uruçuí, nem tampouco a implementação dela sem o fazer e o pensar coletivos (gestores, profissionais de saúde e pacientes). Porém vale destacar que um profissional psiquiatra motivado, imbuído dos 7 “Es” de Dinesh Bhugra da boa prática psiquiátrica, e baseado nos fundamentos da Bioética, pode sim fazer a transformação da assistência em saúde mental de um município do interior do Piauí.

7 Conclusão

“Não pode haver repouso bioético enquanto não sejam estabelecidas certas premissas em torno da atenção médica da cidadania, atenção médica que deve adquirir um caráter permanente, independente de flutuações econômicas e avatares políticos”

Kottow (2000).

Ao final deste trabalho, fica a pergunta no ar: “Uma andorinha só faz verão”?

A experiência de Uruçuí à luz da Bioética de Proteção, Intervenção e Ética da Responsabilidade na assistência à saúde mental pode ser extrapolada para outras regiões do país. Fica claro que, através de uma gestão adequada, com recursos humanos habilitados, capacitados e financiamento adequado (para compra de medicamentos e manutenção de oficinas terapêuticas) é possível uma ação transformadora na sociedade.

A implementação e a execução de um programa adequado de assistência à saúde mental estão muito mais relacionadas a opções valorativas do que à riqueza de um município ou do país. O argumento da necessidade de recursos posterga, muitas vezes, investimentos sociais e a superação de situações de total ausência de vida digna, com direito à saúde como assegura a Constituição.

Não fora proposto um outro modelo de Estado que possa contemplar a construção dialógica das resoluções dos conflitos morais da sociedade. Na realidade atual, uma construção coletiva a partir do lugar em que o problema é identificado, em colaboração com os gestores e a sociedade em geral, pode alcançar uma atitude de respeito à autonomia e empoderamento das pessoas e grupos sociais envolvidos.

Nessa perspectiva, propomos um olhar atento para a experiência aqui relatada de transformação de uma realidade através da Bioética, que inaugurou uma nova forma de assistência em saúde mental no município de Uruçuí.

Comprometida com os projetos de vida dos vulneráveis, a bioética proporcionou optar pelos menos favorecidos da sociedade, colocando-se ao lado daqueles que, pelo simples fato de existir ou de adoecimento psíquico, são colocados à margem da sociedade. Ao estabelecer uma aliança entre esse segmento e gestores e profissionais sensibilizados e pautados sob à égide da Bioética da Proteção e da

Intervenção e da Ética da Responsabilidade pode-se inverter a perversa lógica da exclusão social e apostar no protagonismo dos empobrecidos e oprimidos, vislumbrando um horizonte libertador.

A cidade, com seus territórios e comunidades, deve ser entendida como um recurso terapêutico em si a ser explorado, base para a construção de relações sociais prósperas e construtivas. Atividades que permitam maior integração no espaço urbano fazem da cidade um importante protagonista no processo de reabilitação pretendido e na recuperação das condições de cidadania.

Deve haver uma obrigação moral, sobretudo do Estado, na promoção e no asseguramento da assistência à saúde. Porém, o empenho e o engajamento de todos, enquanto sujeitos éticos, é também fundamental; pois gera autonomia e empoderamento dos indivíduos.

Essa experiência aqui relatada pode e deve ser replicada em outras regiões do país, principalmente em localidades distantes dos grandes centros urbanos. Em sintonia com o que preconiza a Reforma Psiquiátrica, haveria: um número bem menor de internações, uso racional e efetivo de psicofármacos e um empoderamento da população para a vivência da cidadania em plenitude através da educação e da educação em saúde.

É importante ainda enfatizar que o processo é contínuo e exige vigilância da sociedade para que não haja retrocesso na assistência à saúde mental conquistada e para que mais conquistas sejam consolidadas com o tempo, criando um cenário de estabilidade e de consolidação das boas práticas.

8 Referências bibliográficas

- Andrade et al., 2012: Andrade LH, Wang Y-P, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino Silva C, et al. (2012). Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil.
- Berlinguer, Giovanni. A ciência e a ética da responsabilidade. In: NOVAES, Adauto (org.). O Homem Máquina: a ciência manipula o corpo. São Paulo: Companhia das letras, 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015
- Brasil. Ministério da Saúde. Lei 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. Diário Oficial da União; 6 abril 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica. Relatório de Gestão para o período 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2011.
- Brasil. 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.
- Bhugra, D.; Malik, A.; Ikkos, G. Psychiatry`s contract with society. Oxford University. British Library, 2016.

Declaração de Alma-Ata (1978). International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR. Recuperado de http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

Demografia Médica Brasileira. Conselho Federal de Medicina, 2015.

Ebrahim, S., Taylor, F., Ward, K., Beswick, A., Burke, M., & Davey Smith, G. (2011). Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1. Art. No.: CD001561. doi: 10.1002/14651858.CD001561.pub3.

Feito L. Vulnerabilidade. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid, 2007.

Feitosa, S. F. O Processo de Territorialização Epistemológica da Bioética de Intervenção: por uma prática bioética libertadora, Brasília, 2015. Orientador: Volnei Garrafa Tese (doutorado) – Universidade de Brasília/Programa de Pós-graduação em Bioética, 2015. 206 p.

Fortmann, S., Flora, J., Winkleby, M., Schooler, C., Taylor, C., & Farquhar, J. (1995). Community Intervention Trials: Reflections on the Stanford Five-City Project Experience. American Journal of Epidemiology, 142, 576-586.

Fraga, M. N. O.; Souza, A. M. A.; Braga, V. A. B. Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir. Acta Paul Enferm, v. 19, n. 2, p. 207-11, 2006.

Garrafa V, Porto D. “Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção”. Em: O Mundo da Saúde. São Paulo, v. 26, n. 1, 2002, p. 6-15

Garrafa, V. Reflexão sobre Políticas Públicas Brasileiras de Saúde à Luz da Bioética. In FORTES & ZOBOLI, Editora do Centro Universitário São Camilo: São Paulo, 2004.

Garrafa V, Pyrrho M. Bases epistemológicas e políticas da bioética da intervenção. In: Moyses ST, Kriger L, Moyses SJ, organizadores. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. 2ª Edição. São Paulo: Artes Médicas; 2011.

- Guimarães, J. et al. Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma emergente. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 511, mai. /ago. 2001.
- Jonas, H. O princípio responsabilidade – ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Tradução do original alemão Marijane Lisboa, Luiz Barros Montez. Rio de Janeiro: contraponto: Ed. PUC- Rio, 2006.
- Jorge, M. R; França, J. M. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 23, n. 1, mar. 2011.
- Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(4):949-56.
- Kottow M. Bioética e Biopolítica. *RBB*. 2003; 1(2): 110-121.
- Mello, M. F.; Mello, A. A. F.; Kohn, R. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed,2007.
- Mielke, F. B. et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Porto Alegre, 14(1):159-164, 2009.
- Minayo, C. S; Gomes, R; Deslandes, S.F. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*.28ed. Petrópolis, RJ: Vozes,2009.
- Neves MP. *Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio*. Centro de Estudos de Bioética da Universidade de Açores, Ponta Delgada, Portugal, 2006.
- Neves, G. H.; Lucchese, R.; Munari, B. D. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. *Rev Bras Enferm*, Brasília, julho; v. 63, n. 4, p. 666-700, 2008.
- Nicacio, E. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, mar. 2011.
- Nunes, M.; Jucá, V. J.; Valentim, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios

das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, 2375-2384, out. 2007.

PAHO, 2009: Pan American Health Organization. Strategy and plan of action on mental health. Resolution CD49.R17 of the 49th Directing Council. Washington DC: PAHO; 2009.

Parizeau, M.H. Bioética. In: Canto-Sperber, M. Dicionário de ética e filosofia moral. São Leopoldo: Unisinos, 2003.

Pessini, L. Bioética: um grito por dignidade de viver. 3 ed. Ver e atual. São Paulo: Paulinas, 2008 RAWLS J. A theory of justice. Harvard University Press, Cambridge, Mass. 19971.p. 302

Piauí. História do Piauí. Governo do Estado do Piauí. Disponível em: <http://www.pi.gov.br/piaui.php>.

Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. Bioética 2005; 13(1):111-123

Porto D, Garrafa V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(Supl.1): 719-729.

Porto D. Bioética de Intervenção: retrospectiva de uma utopia. In: Porto D, Garrafa V, Martins GZ, Barbosa SN, coordenadores. Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois. Brasília: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/ SBB; 2012. p. 109-26, p. 110; p. 125.

Ribeiro, J. M.; INGLEZ-DIAS, A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez. 2011. SILVA, A. T. M. C.; Barros S.; Oliveira M. A. F.; Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. Rev Esc Enferm USP, V. 36, n. 1, p. 4-9. 2002.

- Rodriguez et al., 2009: Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, editors. Epidemiología de los transtornos mentales en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC: OPS; 2009.
- Royal College of Psychiatrists.2006. College Response to the Health Select Committee Enquiry into Workforce. London.
- Santana, A. História de Uruçuí. Prefeitura Municipal de Uruçuí,2011.
- Schramm, F.R. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. Revista Bioética, 2008 16 (1): 11 – 23.
- Sesapi. Secretaria de Saúde do Estado do Piauí,2015.
- Soares, M. Letramento e alfabetização: as muitas facetas. Revista Brasileira de Educação, nº25. Rio de Janeiro,2004.
- Sorensen, A. G.; Baptista, T. W. F. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, nov. 2011.
- TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.
- Unesco. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Unesco, 2005.
Disponível em:
<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180E.pdf>
- Veciana, I.; Olivé, R. (2002): “Discurs D’Inauguració”, ponencia presentada en las Primeres Jornades sobre Drets Humans i Salut Mental, Barcelona Ayutament de Barcelona.
- Weber, M. Ciência e Política: duas vocações. Cultrix. São Paulo,2002.

World Health Assembly. (2001). Health for all policy for the twenty first century. Geneva: World Health Organisation. (Resolution WHA51.7.).

World Health Organization (2007) Monitoring and evaluation of mental health policies and plans. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2013). Health Education. Geneva, CH: World Health Organization.

Anexo

Lei Paulo Delgado

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é 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).

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e

III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);

II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;

III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;

IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;

V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;

VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;

VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e

IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade Básica de Saúde;

b) equipe de atenção básica para populações específicas:

1. Equipe de Consultório na Rua;

2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;

c) Centros de Convivência;

II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;

- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Recolhimento;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
- b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - reabilitação psicossocial.

Art. 6º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde os seguintes serviços:

I - Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;

II - Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:

a) Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para:

1. pessoas em situação de rua em geral;
2. pessoas com transtornos mentais;

3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros;

b) equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede; e

III - Centro de Convivência: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

§ 1º A Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

§ 2º O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, vinculado à Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 3º Quando necessário, a Equipe de Consultório na Rua, de que trata a alínea "a" do inciso II deste artigo, poderá utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território.

§ 4º Os Centros de Convivência, de que trata o inciso III deste artigo, são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

Art. 7º O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial.

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

§ 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Art. 8º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros

§ 1º Os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 2º Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório os seguintes serviços:

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 1º O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

§ 2º As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades:

I - Unidade de Acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos; e

II - Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos).

§ 3º Os serviços de que trata o inciso II deste artigo funcionam de forma articulada com:

I - a atenção básica, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários; e

II - o Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

Art. 10. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar os seguintes serviços:

I - enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas;

II - serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

§ 1º O cuidado ofertado no âmbito da enfermaria especializada em Hospital Geral de que trata o inciso I deste artigo deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.

§ 2º O acesso aos leitos na enfermaria especializada em Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial de referência e, no caso do usuário acessar a Rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciado sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial, que assumirá o caso.

§ 3º A equipe que atua em enfermaria especializada em saúde mental de Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ter garantida composição multidisciplinar e modo de funcionamento interdisciplinar.

§ 4º No que se refere ao inciso II deste artigo, em nível local ou regional, compõe a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas, observando o território, a lógica da redução de danos e outras premissas e princípios do SUS.

Art. 11. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial nas Estratégias de Desinstitucionalização os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

§ 1º O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

§ 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

§ 3º O Programa de Volta para Casa, enquanto estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que prevê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

Art. 12. O componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

§ 1º As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/ cooperativas sociais.

§ 2º As iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais de que trata o § 1º deste artigo devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

