UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Globalização, Território, Fronteira – desafio da Mobilidade Humana no cuidado em Saúde Mental na zona de fronteira entre Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai

ELISA FERNANDES NEVES

Pelotas
2016

ELISA FERNANDES NEVES

Globalização, Território, Fronteira – desafio da Mobilidade Humana no cuidado em Saúde Mental na zona de fronteira entre Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Linha de pesquisa: Saúde Mental e Coletiva, Processo do Trabalho, Gestão e Educação em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Profª. Drª Luciane Prado Kantorski

Pelotas
2016

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

N511g Neves, Elisa Fernandes

Globalização, território, fronteira : desafio da mobilidade humana no cuidado em saúde mental na zona de fronteira entre Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai / Elisa Fernandes Neves ; Luciane Prado Kantorski, orientadora ; Vanda Maria da Rosa Jardim, coorientadora. — Pelotas, 2016.

102 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1. Globalização. 2. Território. 3. Fronteira. 4. Mobilidade humana. 5. Saúde mental. I. Kantorski, Luciane Prado, orient. II. Jardim, Vanda Maria da Rosa, coorient. III. Título.

CDD : 610.73

Elaborada por Aline Herbstrith Batista CRB: 10/1737

Elisa Fernandes Neves

Globalização, Território, Fronteira – desafio da Mobilidade Humana no cuidado em Saúde Mental na zona de fronteira entre Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa:

Banca Examinadora:

.....

Prof.ª Dr.ª Luciane Prado Kantorski (Orientadora)

Universidade Federal de Pelotas

.....

Prof.ª Dr.ª Vanda Maria da Rosa Jardim (Co-orientadora)

Universidade Federal de Pelotas

.....

Prof.ª Dr.ª Valéria Cristina Christello Coimbra (Titular)

Universidade Federal de Pelotas

.....

Prof.ª Dr.ª Vini Rabassa da Silva (Titular)

Universidade Católica de Pelotas

.....

Prof.ª Dr.ª Michele Mandagará de Oliveira (Suplente)

Universidade Federal de Pelotas

.....

Prof.ª Dr.ª Ariane Guedes (Suplente)

Universidade Federal de Pelotas

Dedico este trabalho para minha mãe, minha filha e meu marido pelo apoio em todos os momentos.

AGRADECIMENTO

Agradeço a minha amiga, companheira e mãe ADA que modificou sua vida para sonhar comigo na realização de um mestrado, pois para chegar neste momento dos agradecimentos muitas barreiras, obstáculos e pedras ao longo deste caminho de dois anos passaram e sem a presença desta mulher guerreira, nada seria possível, muito obrigada MÃE.

A minha filha MARIA CECILIA que transformou a minha vida mais bela e feliz, que trouxe a esperança na busca pela qualificação um caminho para novas conquistas e possibilidade de uma vida melhor, pois mudou meus paradigmas de gênero e tive a possibilidade de conhecer o verdadeiro e puro amor eterno.

Ao meu companheiro, amigo e amor JONATAN que sempre esteve ao meu lado apoiando, incentivando, ajudando e sonhando neste caminho e principalmente acreditando que em nossas práxis podemos realmente transformar nossa realidade em equidade e igualdade.

Ao meu querido PAI que conseguiu se organizar sozinho nas ausências da minha mãe que estava cuidando da neta para me ausentar nos dias de mestrado, muito obrigada.

Meu irmão que esteve presente nesta trajetória que ajudou em diversos momentos, meu eterno agradecimento.

Aos meus queridos amigos e colegas do CAPS II Casa Nova Vida que aprendi o valor do cuidado, da escuta, do acolhimento e da liberdade no trabalho em saúde mental, vocês transformam a vida das pessoas garantindo um atendimento digno e humano.

Aos meus queridos amigos usuários do CAPS II Casa Nova Vida, que aprendi amar, respeitar e valorizar a vida em todas as suas diferenças e aprender que vida é pequenas coisas que realmente nos fazem felizes, meu eterno agradecimento e amor.

A Universidade Federal do Rio Grande que liberou para a conclusã mestrado.

Aos meus colegas de mestrado que aprendi muito a importância da interdisciplinaridade para a construção de uma saúde mais digna e humana e a relevância da união de todas as categorias profissionais para um mundo mais justo e igualitário.

Aos meus queridos professores que acrescentaram muito na minha práxis profissional, meu eterno agradecimento. Principalmente, a Professora Luciane acrescentou muito na minha bagagem intelectual e humana e a Professora Vanda que acrescentou nesta caminhada.

A Deus que possibilitou a conclusão deste trabalho, sempre recorrendo a ele nos momentos mais difíceis me dando força e apoio.

É na história da sociedade na prática social que se encontra a fonte dos nossos problemas e a chave de suas soluções (LAMAMOTO, 1993b, p.11).

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar as influências da mobilidade humana no cuidado em saúde mental na zona de fronteira entre Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai, este fenômeno amplo e complexo nas suas relações institucionais, mas que transforma o tempo/espaço ao criar novos arranjos políticos, sociais e culturais, principalmente no campo das políticas sociais como o da saúde mental. Destaca o CAPS II Casa Nova Vida do município de Santa Vitória do Palmar, que é referencia no cuidado em saúde mental na zona de fronteira entre Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai, o qual atende diversos uruguaios indiferente do território e da fronteira. A pesquisa tem caráter qualitativo e o método é o dialético-crítico, as entrevistas foram realizadas no período de julho a agosto de 2015 com usuários brasileiros e uruguaios que realizaram tratamento nos dois países (Brasil/Uruguai) e atualmente estão em tratamento no CAPS II Casa Nova Vida e também com os profissionais que trabalham na área de saúde mental nos dois países (Brasil/Uruguai). A análise e interpretação foi a proposta operativa de Minayo, caracterizada por dois momentos operacionais a fase exploratória da investigação e a interpretação. A pesquisa apresenta que o CAPS II Casa Nova Vida realizou uma revolução passiva dentro deste território, em um cuidado que visa à liberdade, a desinstitucionalização e a atenção psicossocial, criando uma nova rede social constituída sem acordos internacionais, mas a partir das necessidades básicas dos sujeitos em sofrimento psíquico que deslocam-se em busca de atendimento em outro país na escolha pelo direito a liberdade.

Palavras-chave: Globalização, Território, Fronteira, Mobilidade Humana, Saúde Mental.

ABSTRACT

This study aims to analyze the influences of human mobility in mental health care in the border area between Chui / Brazil and Chui / Uruguay, this large and complex phenomenon in its institutional relations, but that transform the space / time when creating new political, social and cultural arrangements, especially in the field of social policies such as mental health. Highlights the CAPS II House New Life in the city of Santa Vitória do Palmar, which is a reference in mental health care in the border area between Chuy / Chui and Brazil / Uruguay, which covers several indifferent Uruguayan territory and the border. The research is qualitative and the method is the dialectical-critical, the interviews were conducted in the period July-August 2015 with Brazilian and Uruguayan users who underwent treatment in the two countries (Brazil / Uruguay) and are currently undergoing treatment at the CAPS II New Home Life and also professionals working in mental health care in both countries (Brazil / Uruguay). The analysis and interpretation was the operative proposal. The research shows that the CAPS II House New Life held a passive revolution within this territory, in a carefully aimed at freedom, deinstitutionalization and psychosocial care, creating a new social network made without international agreements, but from the basic needs of individuals in psychological distress that move in seeking care in another country when choosing for the right to freedom.

Keywords: Globalization, Territory, Border, Human Mobility, Mental Health.

Lista de Siglas

SUS – Sistema Único de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga

CRAS – Centro Referência de Assistência Social

FONASA – Fondo Nacional de Salud

SNIS – Sistema Nacional Integração

PNSM – Programa Nacional de Salud Mental

SIS-Fonteiras – Sistema Integrado Saúde das Fronteiras

ASSE – Administracion de Servicios de Salud del Estado

Lista de Figuras

Figura 1 - Fluxograma demonstrativo da entrevista no qual os informantes-chaves indicaram quem deveria ser entrevistado 47
Figura 2 - Fluxograma demonstrativo da rede de cuidado em saúde mental dos municípios pesquisados 56
Figura 3 - Histórico de internação dos entrevistados 64

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14
2 OBJETIVOS 18
2.1 Objetivo Geral 18
2.2 Objetivos Específicos 18
3 CONSTRUÇÃO DO OBJETO 19
4 REFERENCIAL TEÓRICO 31
4.1 Globalização 31
4.2 Território 34
4.3 Fronteira 36
4.4 Fronteira e Saúde 37
4.5 Cuidado em Saúde Mental 40
5 METODOLOGIA 45
5.1. Tipo de Estudo 45
5.2 Cenário do Estudo 45
5.3 Participantes do Estudo 46
5.4 Princípios Éticos 47
5.5 Desenvolvimento da Pesquisa 48
5.6 Análise dos Dados 49
6 MOVIMENTO QUE ATRAVESSA FRONTEIRA NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CHUÍ/BRASIL E CHUÍ/URUGUAI..... 51
6.1 Processo Histórico 51
6.2 Redes em Saúde Mental 55
6.3 Cuidado em Liberdade 63
6.4 Movimento que atravessa fronteiras 66
7. Considerações Finais 69
Referências Bibliográficas 72
APÊNDICES 79
Apêndice I 80
Apêndice II 86
Apêndice III 93
Apêndice IV 95
Apêndice V 97

Apêndice VI 98
Apêndice VII 99
ANEXO 100
Anexo I 101
Anexo II 102

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa compreender a trajetória da mobilidade humana no cuidado da saúde mental na zona de fronteira entre Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai. Cabe destacar a necessidade de observar a história dos movimentos, isto é, a história de cada indivíduo e a sua relação com o espaço geográfico a fim de observar as trajetórias de vida com o intuito de entender o deslocamento e verificar as motivações sociais, econômicas, políticas e culturais que motivam o movimento entre países.

Assim, a mobilidade humana está diretamente ligada à procura por melhores condições de vida. Através do deslocamento o sujeito procura suprir as suas necessidades humanas básicas, como saúde, moradia, alimentação, buscando alternativas de superar as manifestações da questão social.

A globalização é vista como um processo histórico e social de imensas proporções, modificando drasticamente os quadros sociais e políticos referentes aos indivíduos e às coletividades. Rompe e recria o mapa do mundo, cria outros processos, outras estruturas e outras formas de sociabilidade que são impostos aos povos, nações e nacionalidades.

Destarte, a globalização remete à imagem de homogeneização sociocultural, econômica e espacial, porém este conceito é extremamente equivocado, pois o que ocorre é a homogeneização do capital e da elite mundial e a homogeneização da miséria e da exclusão sócio-espacial. Desta forma, a globalização ocasiona a fragmentação dos territórios, isto é, a liberdade do capital financeiro anda livremente sem a presença do Estado. No entanto, impõe o bloqueio ao capital humano com diversas barreiras físicas e burocráticas.

Neste sentido, a mobilidade humana e a globalização estão em constante contradição, pois existe a ideia de uma "aldeia global", ou seja, a unificação das nações e das nacionalidades. Porém, ainda se discute o que é território, fronteira e saúde. Assim, a aldeia global não passa de uma fábula "inventada" pelo capital; o cidadão está à mercê deste movimento e ainda sofre as consequências das divisas (SANTOS, 2012).

Desta forma, os territórios e as fronteiras refletem o exercício de dominação e de autoridade de um povo em particular que formalmente

protegem os países na sua soberania e delimitam estados e municípios. São espaços de interação e de conflito, mas, ao mesmo tempo, são áreas de novas alianças e identidades sociais e culturais.

As fronteiras transformam suas determinações como o limite, o espaço da diferença e modificam tornando-se porosas - abertas para aproximação - principalmente no campo das políticas sociais. Cabe destacar que, no campo saúde no Brasil, através dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), como a universalidade, a integralidade, a territorialidade se atende a diversos estrangeiros, garantindo o direito à vida de todos que vivem no território nacional.

Desta forma, surge a necessidade de pensar a importância em reconhecer o espaço/tempo como uma ferramenta política para compreender o processo de saúde no Brasil e no Uruguai, mais especificamente a saúde mental no Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai e o deslocamento deste sujeito que migra para um cuidado calcado na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Esta temática surgiu a partir do meu cotidiano de trabalho, no qual atuei seis anos como Assistente Social no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) Casa Nova Vida no município de Santa Vitória do Palmar e dois meses no CRAS (Centro de Referencia de Assistência Social) no município do Chuí/Brasil.

O CAPS Casa Nova Vida está situado no município de Santa Vitória do Palmar, sendo referência da cidade do Chuí/Brasil, porém, sempre prestou atendimento a qualquer pessoa que solicitava cuidado independente da nacionalidade. Assim, este serviço atende diversos uruguaios que residem no Brasil ou no Uruguai, através de atendimento domiciliar, individual e em grupo.

Com a minha inserção na Prefeitura Municipal do Chui/Brasil no Departamento de Assistência Social, havia uma delimitação bem definida sobre o território, considerada que neste município era clara a definição de atender especificamente brasileiros residentes no território nacional. Desta forma, surgiram as inquietações sobre: o que é território? Qual a minha “obrigação” enquanto profissional? E qual é a demanda deste serviço – brasileiros e/ou uruguaios?

Destaco que nestes dois meses que trabalhei no Chuí/Brasil, atuei junto com a enfermeira que trabalha na UBS deste município e também trabalha no CAPS Casa Nova Vida; realizamos diversos atendimentos em saúde mental na

delimitação territorial do Uruguai. Assim, todas essas interrogações serão desenvolvidas nesta temática, pois cuidado ao sujeito, independente da sua nacionalidade, é um direito humano de todos os indivíduos, devendo ser um compromisso firmado por todos os profissionais.

Portanto, faço um breve histórico sobre a política de saúde e a política de saúde mental nos dois países, com o intuito de compreender a sua totalidade e o que é garantido ao cidadão.

Destaco a globalização, o território, a fronteira e a saúde como temas fundamentais para compreender as dificuldades enfrentadas neste espaço e tempo, com o intuito de entender o aumento das desigualdades sociais e a xenofobia entre países que não aceitam a entrada do "diferente", ou seja, o estrangeiro que busca atendimento em outro país.

Como Assistente Social que atua diretamente nas manifestações da questão social e na práxis busca a luta pelos direitos sociais de todos os cidadãos, independente da nacionalidade, conforme o Código de Ética da profissão que estabelece num dos Princípios Éticos Fundamentais – "o exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção social, idade e condição física".

Destarte, para a realização da pesquisa foram realizadas entrevistas com profissionais brasileiros, com profissionais uruguaios e com usuários que estão em atendimento no CAPS II Casa Nova Vida no município de Santa Vitória do Palmar, mas que estiveram em atendimento no Uruguai.

Destaca a relevância do processo histórico de construção do CAPS II Casa Nova neste município, o qual a partir de um novo olhar de cuidado sobre "loucura" transformou a cidade, a comunidade, as famílias e principalmente o sujeito em sofrimento psíquico em respeito, aceitação e acesso a todos os direitos sociais básicos – sendo de fato uma revolução passiva no território.

Também evidencia a importância da rede social na construção deste processo de cuidado em saúde mental, nesta zona de fronteira, pois é uma teia de relações que liga os diversos indivíduos que possuem vínculos sociais, propiciando que os recursos de apoio fluam através desses vínculos.

Ressalta que a rede social é construída pelos sujeitos independente de sua nacionalidade e de seu território, a partir de suas necessidades humanas,

do espaço/tempo em que estão localizados, da aproximação e da integração entre vizinhos, profissionais e usuários.

Enfim, o cuidado em saúde mental neste território transforma as barreiras globais, territoriais e fronteiriças em movimento de aproximação, de parcerias e de respeito entre pessoas e profissionais que atuam nesta área, com o intuito de transformar as diferenças, os preconceitos e as barreiras em ações de promoção de integração, de integralidade e de qualidade de vida.

O projeto visa perceber quais as influências da mobilidade humana na zona de fronteira entre Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai na mudança do cuidado em saúde mental.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Analisar as influências da mobilidade humana no cuidado em saúde mental na zona de fronteira entre Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar as redes sociais em saúde mental dos usuários nos dois países – Brasil/Uruguai;

Entender a escolha pelo atendimento dos usuários no CAPS II Casa Nova Vida.

3 CONSTRUÇÃO DO OBJETO

O presente trabalho busca compreender a mobilidade humana no cuidado em saúde mental, este fenômeno amplo e complexo que abrange diversos atores sociais de diferentes classes, etnias e culturas. As motivações que levam aos deslocamentos estão interligadas com a necessidade humana[1] desta população que cria alternativas para suas dificuldades.

Enfatiza-se que o direito de ir e vir é uma garantia de todos os sujeitos na busca por melhores condições de vida, devido à ausência de serviços que promovam o direito a saúde como universal e igualitário.

Assim, para potencializar a construção do objeto de estudo foi necessário fazer uma revisão nas leis e na literatura para a compreensão da saúde no Brasil e no Uruguai. Desta forma, foram realizadas pesquisas em documentos oficiais do Brasil, através da Constituição Federal, da Lei 8080/90, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; e da Lei 8142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Com relação ao Uruguai a busca se deu através do site oficial do Ministério da Saúde, da Lei 18.211/2007 (el derecho a la proteción de la salud que tiene todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social) e da Lei 18.131/2007 (Créase el Fondo Nacional de Salud - FONASA).

Posteriormente, foi realizada a revisão de literatura científica. Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos em português, inglês e espanhol, com relação à revisão temática sobre a saúde no Uruguai, especificamente a partir

---

[1] Entendida enquanto categoria universal que está estreitamente ligada a um conjunto de mperativos sócio-político e cultural de satisfação. Assim, considera-se saúde e a autonomia como necessidades humanas básicas porque se configuram em requisitos universais para a inserção social em qualquer sociedade. As variáveis que correspondem a essas duas categorias são: a oferta adequada de água e de alimentação; habitação; a estabilidade laboral; a segurança pública; o acesso aos serviços de saúde e aos programas de promoção à saúde; a rede de proteção para a infância; o suporte familiar; o acesso aos programas de planejamento familiar; a renda mínima e o acesso à educação básica (LEN e GOUGH, 1991).

de 2000; por sua vez, em relação à organização da saúde no Brasil a partir da Constituição Federal 1988.

Os artigos foram buscados nas bases do PubMed. A busca ocorreu no período de abril a maio de 2014. Foram utilizados os seguintes descritores Política Saúde (Health Politic) e (and) Uruguai (Uruguay), Política Saúde (Health policy) e (and) Brasil (Brazil).

Foram encontrados, na primeira busca 80 artigos e selecionados 06. Destes, foram escolhidos 03 que falam sobre a estrutura e organização da rede de saúde do Uruguai. Na segunda busca foram localizados 1882 artigos, selecionados 26 e utilizados 10, os quais falam sobre a regulamentação e diretrizes do SUS. (Em apêndice I os quadros)

Assim, é possível perceber a organização e as diretrizes da política de saúde nestes dois países, com o intuito de desvendar as formas peculiares de cuidado em saúde em cada nação.

A partir das análises dos conteúdos escolhidos, observam-se os grandes avanços na Constituição Federal do Brasil, garantindo a saúde como direito universal, gratuito, descentralizado e participativo. Assim, é de extrema relevância destacar essa política e reafirmar o compromisso na qualidade da saúde desta população.

Alguns autores, como Lima (2012), Assis (2012), Guimarães (2005) e Viana (2002) discutem a questão da descentralização da diferença regional que não é discutida no SUS. Além disso, destacam a imensa desigualdade social, econômica, política e geoespacial existente no Brasil. Conforme Baptista (2007) ocorrem disputas políticas entre estados e municípios, as quais acarretam o enfraquecimento da garantia à saúde. Assis e Jesus (2012) debatem as barreiras geográficas e a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, no qual as desigualdades de acesso encontram-se como um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS funcione efetivamente, conforme os princípios e as diretrizes estabelecidos.

Desta forma, todos os artigos afirmam a defesa do SUS como uma política de proteção social e a importância do controle social na potencialização da população na luta e garantia deste direito. Segundo Baptista (2007), a dificuldade do amadurecimento da participação social fragiliza as relações intergovernamentais não permitindo uma compreensão mais precisa dos objetos e rumos da política nacional de saúde. Reafirmado por Ribeiro, Ribeiro,

Araujo, Mello, Rubim, Ferreira (2010), a necessidade da integralidade – cuidar o sujeito em todas as suas necessidades. Defendida por Assis e Jesus (2012) - apesar da realidade cruel do acesso aos serviços de saúde - de acordo com necessidades socialmente determinadas, é possível construir a consciência cidadã; derrotar o conformismo social por meio da emancipação de sujeitos históricos capazes de intervir nesta realidade. E, finalmente, garantir o acesso universal e equitativo como construção social no atendimento às necessidades da população, com a participação de toda a sociedade.

Destaca-se que a Carta Magna Brasileira de 1998 assegura à saúde enquanto direito universal a ser garantido pelo Estado, a despeito dos avanços conquistados. Além disso, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). A garantia na legislação brasileira foi apenas mais uma etapa alcançada na construção do SUS, para se concretizar o direito à saúde é necessário ter como alicerce um modelo social fundamentado na "solidariedade humana e na igualdade social" (BAPTISTA, 2007, p. 38).

Por sua vez, o sistema de saúde do Uruguai é financiado pelos setores público e privado. As fontes públicas incluem as contribuições obrigatórias dos trabalhadores e empresas do setor formal da economia e, também, as contribuições obrigatórias dos trabalhadores do setor público e impostos gerais – estes recursos são os Fondo Nacional de Salud (FONASA).

A implementação do Sistema Nacional Integração (SNIS) em 2008, implica a universalização da cobertura de atenção através do *Seguro Nacional de Salud* (SNS). São usuários do SNIS todas as pessoas que residem no território nacional (ARAN, 2011). Desta forma, o cidadão que se encontra no mercado informal ou desempregado também tem direito à saúde.

O texto Mitjavila, Fernandez e Moreira (2002), discute sobre a desigualdade geográfica no Uruguai, relatando uma situação de desenvolvimento desigual entre diferentes unidades territoriais - Montevidéu e o interior do país - pois se concentra a maior cobertura e acesso dos serviços na capital. Afirmam que: "El processo de reforma del sistema de servicios de salud em Uruguay ha devenido una situación en la cual la fuerte estructuración de un sistema altamente fragmentado conspira contra opciones de politicas activas en el sector" (2002, p. 118).

Aran (2011), discute a importância dos usuários na consolidação e ampliação da saúde no Uruguai “surgio el Movimiento Nacional de Usuarios que poco a poco ha conseguido colocar-se como representante de los usuarios ante las diferentes instâncias del sistema de salud” (p. 273).

O sistema de saúde do Uruguai tem avançado na universalização do cuidado, porém observa-se haver necessidade de ampliação em todo o território nacional, por estar concentrado na capital do país. Cabe destacar a participação dos usuários na ampliação da saúde no Uruguai.

Desta forma, surge a necessidade de realizar outra revisão sistemática com o intuito de entender a organização e a política de saúde mental nos dois países (Brasil/Uruguai), para aprofundamento sobre o tema, a fim de nortear nossa construção do objeto.

Então, foi realizada outra procura através do Ministério da Saúde do Brasil, com a Lei 10.216/2001 (Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental) e pelo Ministério de Saúde Pública do Uruguai, através do Plano Nacional de Saúde Mental de 1986, com o objetivo de compreender a legislação específica em saúde mental.

Posteriormente, buscaram-se dados na PubMed, no período de junho a julho de 2014, com os descritores Saúde Mental (Mental Health) e (and) Uruguai (Uruguay), Saúde Mental (Mental Health) e (and) Brasil (Brazil). Foram encontrados na primeira busca 12 artigos, selecionados 03 e utilizado 01, que discute a questão da saúde mental e a psiquiatria no Uruguai. Na segunda pesquisa foram consultados 1817 artigos, selecionados 53 e utilizados 12, que debatem a questão da Reforma Psiquiátrica brasileira no contexto de sua aplicação. (Em apêndice II os quadros).

Em relação ao Uruguai, observa-se que o Plan Nacional de Salud Mental (1986, p. 10), tem como objetivo:

> Atención a los problemas de Salud Mental de la población desde una perspectiva integral en la cual se contemplen acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidos a indivíduos, grupos y médio ambiente, enfatizandose las acciones de promoción y prevención.

Assim, o Programa Nacional de Salud Mental (PNSM, 1986, p. 13) traz um novo modelo de cuidado em saúde mental, ele apresenta três direções principais:

> la primeira apunto al primer nível de atención, en y con la comunidad, como estrategias principal; la segunda consitio en la creación y el desarrolo de Unidades de Salud Mental en los hospitales generales; la tercera incluyo los nuevos modelos de asistencia de las personas que padecen psicosis y otros transtornos mentales invalidantes y la voluntad de superar el modelo asilar.

Consequentemente, este novo modelo traz o desenvolvimento da consciência universal nos direitos humanos, o qual luta para que toda a pessoa possuidora de alguma doença mental possa ser atendida em todas suas necessidades, rompendo com o modelo "asilar". Conforme (CASTILLO, VILAR, DOGMANAS, 2011, p. 86) "la recuperación implica la construcción de un proyecto de vida, definido por la propia persona y en la toma de consciencia de su condicion ciudadana".

Entretanto, o único artigo encontrado na base de dados da Pubmed, sobre a política de saúde mental no Uruguai apresenta uma visão centrada no médico como único profissional qualificado neste cuidado, conforme Casarotti (2011, p. 300)

> enfrentados al riesgo de la banalización de la psiquiatria y las consecuencias negativas de mito de la inexistencia de la enfermedad mental, se han visto en la necessidad de precisar la identidad del psiquiatria en el equipo de salud mental.

Em relação ao Brasil, observa-se um grande avanço nos estudos sobre saúde mental e a relevância da Reforma Psiquiatra, principalmente através da Lei 10.216/2001, que apresenta a luta do movimento dos trabalhadores, dos usuários, da comunidade na transformação do cuidado em saúde mental e visa a liberdade, a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial (DELGADO, 2011).

Todos os artigos buscados na base de dados da Pubmed demonstram a importância da luta e necessidade de constante renovação, pois ainda persiste a ideia da exclusão como um caminho de cuidado. Assim, como afirma Pitta (2011), olhar a Reforma Psiquiátrica Brasileira na última década, após a homologação da Lei Federal, pretende suscitar o debate sobre os novos

desafios que ela precisa enfrentar para alimentar a utopia de cidadania plena para todos, numa sociedade sem manicômio.

Destarte, Mari (2011), Dallari (2011), Bezerra Junior (2011) Serpa Junior (2011) discutem a importância do movimento na garantia dos direitos sociais, políticos e econômicos deste sujeito. Segundo (LUCENA; BEZERRA, 2012, p. 2453), "pensar eficazes estruturas substitutivas ao manicômio é apostar numa nova forma de cuidado comprometida com a construção de autonomia e protagonismo das pessoas".

Aponta-se a importância das pesquisas para fortalecer e compreender as políticas de saúde nestes dois países e também para entender as diferenças entre o tempo e o espaço envolvidos no estudo, ou seja, perceber a necessidade da mobilidade humana na busca do cuidado em saúde mental na zona de fronteira.

Assim sendo, entende-se a mobilidade humana como deslocamento de pessoas ou de grupos de um lugar para outro, por diferentes motivos. Salienta-se que o deslocamento[2] das pessoas e dos povos, parte integrante da história do homem na modernidade, pode se caracterizar como "problema social" quando fruto do desenvolvimento capitalista (ZAMBERLAM, 2004).

Portanto, com o advento da globalização, rompe-se com as barreiras territoriais. Morton (2007) destaca três problemas centrais na teoria do capitalismo global e o Estado transnacional: 1) a relação histórica entre estados territoriais e capitalismo; 2) a relação entre globalização e desenvolvimento desigual e 3) a expressão espacial do capitalismo e da territorialidade.

Desta maneira, salienta-se o seguinte pressuposto: que o processo de globalização interfere significativamente no tempo e no espaço, ocasionando a mobilidade humana no cuidado em saúde mental na zona de fronteira e o CAPS II Casa Nova Vida transforma a sua práxis de cuidado em saúde mental no território.

Para pensar mobilidade humana, atualmente, é essencial perceber o processo de globalização e suas múltiplas facetas. Assim, a globalização

---

[2] Deslocamento é movimento pessoas através da mobilidade humana gerada pelo capitalismo (GONÇALVES, 2004).

refere-se à intensificação das relações sociais em escala mundial e as conexões entre diferentes regiões do globo.

Contudo, a globalização é um fenômeno de natureza econômica, política, tecnológica e cultural, afetando significativamente o deslocamento espacial da população e o resultado da globalização representa a dificuldade de cumprimento de suas promessas, pois se o capital financeiro flui livremente, o mesmo não acontece com a mão-de-obra.

> globalização na atualidade é, sem dúvida, o crescente predomínio dos processos financeiros e econômicos globais sobre os nacionais e locais. A generalização do livre comércio, o crescimento no número e tamanho de empresas transnacionais e a mobilidade de capitais são, de fato, aspectos destacados da realidade atual (MARTINE, 2005, p. 4).

Neste contexto, observa-se o enfraquecimento da soberania econômica estatal nacional e o fortalecimento da consolidação da ordem global neoliberal. Com isso, a vida social, política e cultural torna-se cada vez mais global, assim como, cada vez mais descentralizada e fragmentada.

Nesta perspectiva, ocorre o desenvolvimento geográfico desigual em que os excedentes disponíveis de um território são compensados pela carência dos mesmos em outro local. Harvey (2006) discute a desigualdade geográfica e a necessidade de levar em consideração o tempo e o espaço quando observa a interação do ambiente territorial, como uma revolução passiva[3].

> Pensar as diferentes maneiras como espaço e espaço-tempo são usados como palavra-chave nos ajuda a definir certas condições de possibilidade para o engajamento critico. Isso também nos abre caminhos para identificarmos\ reivindicações contraditórias e possibilidades políticas alternativas, além de nos incitar a considerar a maneira como moldamos fisicamente nosso meio e o modo como o representamos e o vivemos. (HARVEY, 2007, p.27)

Neste cenário, percebe-se o aumento da desigualdade social e a ausência de serviço público. Por isso, é importante entender o deslocamento espacial como parte das estratégias de sobrevivência e de mobilidade social da população (MARTINE, 2005).

Desta forma, a mobilidade humana e a globalização possuem uma relação intrínseca, intensificando a perspectiva de melhores oportunidades de vida, de saúde, de moradia. Entretanto, os países não estão interessados em suprir esta demanda de capital humano e apenas visam o capital financeiro.

---

[3] Gramsci (1978).

Segundo Giovanella; Guimaraes; Nogueira, Lobato, Damacena (2007, p. 264):

> A tarefa é da mais complexa e a garantia do direito a saúde para além das fronteiras insere-se em movimento supranacional. É necessário somar vozes com movimentos pela cidadania global, de universalização de direitos, em um mundo sem fronteira não apenas para mercados e capitais, mas principalmente para as pessoas.

De acordo com o que é descrito na Constituição Federal brasileira, de 1988, em seu artigo 20°, "A faixa de até cento e cinqüenta quilômetros de largura, ao longo das fronteiras terrestres, designada como faixa de fronteira, é considerada fundamental para defesa do território nacional, e sua ocupação e utilização serão reguladas em leis", se define a faixa de fronteira brasileira.

O Brasil tem uma faixa de fronteira extensa (15.719km) [4], tradicionalmente tratada como local de isolamento, que se configura hoje como uma região de baixo desenvolvimento socioeconômico marcado por profundas iniquidades sociais. Contudo, a faixa não é homogênea, apresenta em sua linha espaços diferenciados em aspectos históricos, culturais, étnicos, econômicos, sociais·.

Portanto, é primordial compreender a saúde no seu território[5], que tem como compromisso o atendimento às múltiplas realidades apresentadas e, assim, superar as desigualdades e os desafios do serviço. Por conseguinte, o cuidado em saúde na zona de fronteira torna-se um desafio para sua implantação pela questão da territorialidade.

Os municípios de fronteiras têm grande dificuldade em prover os seus munícipes de atenção integral à saúde. A ausência de recursos humanos especializados; a insuficiência de equipamento de média e alta complexidade; a distância entre os municípios e os centros de referência são os principais problemas observados.

Observa-se a movimentação da população desta região em fluxo, ora num sentido ora em outro, na busca de melhor oferta de ações e serviços de saúde. Conforme Gadelha e Costa (2007, p. 216):

---

[4] IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

[5] É o espaço concreto de vida social no qual as políticas e estratégias públicas e privadas se encontram e mostram seu grau de convergência e divergência (GADELHA, MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011, p. 3004).

> Essa mobilidade tem gerado grandes dificuldades para os gestores de saúde dos municípios brasileiros, bem como para as autoridades dos países vizinhos, além de previsíveis problemas diplomáticos e de saúde pública. Há muito tem se procurado resolver esses problemas sem suficiente êxito, principalmente em função de obstáculos jurídicos e operacionais.

A proposta defendida pelo Brasil é Sistema Integrado Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras), concebido para:

> promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira e contribuir para a organização e o fortalecimento dos sistemas locais de saúde nos municípios fronteiriços. Como visão de futuro, o projeto pretende estimular o planejamento e a implantação de ações e acordos bilaterais ou multilaterais entre os países que compartilham fronteiras entre si, por intermédio um diagnóstico homogêneo da situação de saúde para além dos limites da fronteira geopolítica brasileira. Desta forma, o Projeto é uma importante estratégia para um futuro entre os países da América do Sul (BRASIL, 2005, g).

Esta iniciativa visa à melhoria da qualidade de vida da população e também subsidiar o processo de harmonização de saúde entre os países. A harmonia é indispensável para a integração, otimização e qualificação da atenção em saúde prestada nas fronteiras.

As discussões sobre a saúde nas fronteiras ocorrem há muitos anos, mas pela dificuldade de ordenação das iniciativas ou pela formulação de estratégias de caráter apenas pontual, a situação permaneceu praticamente inalterada, intensificando a presença dos desplazados[6].

Cabe destacar que o estudo observa a zona de fronteira conhecida como– cidades gêmeas – que são caracterizadas por:

> adensamentos populacionais cortados pela linha de fronteira – seja esta seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infra-estrutura – apresentam grande potencial de integração econômica e cultural, assim como manifestações “condensadas” dos problemas característicos da fronteira, que nesse espaço adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania (BRASIL, 2010, p. 21).

Neste contexto, como o objeto estudado é marcado por uma linha, ou seja, uma rua que delimita o território Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai, é possível compreender a saúde como direito universal e um tema que merece atenção,

---

[6] Adentram na fronteira em busca de direitos de sobrevivência – encontram-se em situação irregular no território brasileiro. (OLIVEIRA, 2006)

logo que as pessoas tendem a buscar o melhor atendimento e o mais resolutivo, indiferente do espaço geográfico no qual ele ocorre.

Os uruguaios procuram, muitas vezes, o Sistema Único de Saúde (SUS), pois o sistema de saúde do Uruguai é constituído por subsetores públicos e privados, através da Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), que por sua vez não consegue atender a demanda da população mais pobre[7]. Conforme (OPAS, 2009, p.5):

> La crisis economica vivida por el país a comienzos de la década, determino el incremento de la Tasa de Desempleo, lo cual implico un aumento de la población sin cobertura de salud a traves del sistema de seguridad social, y a la vez uma caída de los ingresos de los hogares, reforzando la dificuldad de hacer frente al pago de las tasas moderadoras en el subsector privado, lo que también repercutio en una perdida de los mecanismos de protección social. Estos hechos determinaron una disminución de los recursos fiscales destinados a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), lo que a su vez redundo en una caída del gasto per capita en El subsector publico, con graves consecuencias en la equidad de la atención a la salud.

Por isso, os serviços ofertados pelo SUS, são constantemente procurados pelos vizinhos uruguaios. Cabe destacar que - em relação ao cuidado em saúde mental - o CAPSII Casa Nova Vida em Santa Vitoria do Palmar é referência do Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai.

No Brasil, na década de 80, ocorreu uma transformação no modelo de atenção à saúde mental, historicamente centrada no hospital psiquiátrico. Após diversas críticas de fundamentação técnica, econômica, social e política ao modelo tradicional hospitalocêntrico, foi aprovada a Lei Federal n° 10.216, conhecida com Lei Paulo Delgado[8], que garante a proteção e os direitos sociais às pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo de assistência em saúde mental.

Em 2002, com a portaria 336/02, são regulamentados os CAPS's – Centros de Atenção Psicossocial – como referência ao modelo de atenção psicossocial substitutivo ao manicômio. Os CAPS's emergem, portanto, em decorrência de um amplo processo de participação social, sensibilização de diferentes atores sociais, discussão com a sociedade através da veiculação na

---

[7] (BONTEMPO, NOGUEIRA, 2011) Assistência a saúde na fronteira com o Uruguai: estratégias para qualificação de atendimento pelo SUS.

[8] Deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de Lei N° 3.657/89, ao Congresso Nacional Brasileiro, porém a Lei só foi aprovada em 06 de abril de 2001.

mídia e da realização de conferências, num debate intenso que centralizava o questionamento às estruturas manicomiais (BRASIL, 2001 e 2002).

O CAPS II – Casa Nova Vida – atende usuários com sofrimento psíquico dos municípios de Santa Vitória do Palmar, Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai. Foi cadastrado pelo SUS para atender adultos com psicoses e neuroses graves. Por ser o único serviço de saúde mental da região, também é referência aos usuários com diagnóstico de dependência de álcool e outras drogas, crianças e adolescentes, mesmo não estando habilitado como CAPS i e CAPS AD.

O referido CAPS foi constituído em 06 de setembro de 1995, com a finalidade de atender egressos de hospitais psiquiátricos que chegavam aos municípios de Santa Vitória do Palmar, Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai e não tinham acolhimento.

O serviço foi construído antes da reformulação da Lei, ou seja, funcionou durante sete anos sem recursos específicos, financiado apenas pelo poder público municipal, através do comprometimento de uma equipe reduzida junto com a ajuda da comunidade. Conforme Gramsci (1978), as condições mais favoráveis para a revolução podem advir de onde o tecido do sistema capitalista oferece menos resistência, devido a suas fraquezas estruturais em condições de desenvolvimento periférico.

Neste contexto, onde não havia recursos destinados para saúde mental no município, e principalmente não contemplava a utilização das incumbências por essa população flutuante, os vizinhos uruguaios, o serviço buscava o cuidado indiferente a sua nacionalidade.

> em muitas fronteiras brasileiras, populações vizinhas flutuantes invadem os serviços e utilizam bens públicos disponibilizados, dada a inexistência ou falta de qualidade em seus próprios países, fato recorrente no setor saúde, em que a universalidade do SUS configura-se, em muitos casos, como a única opção de atenção à saúde para os munícipes de países vizinhos (GADELHA; COSTA, 2007, p. 218).

Nesta conjuntura, foi constituído outro rearranjo espacial, isto é, desenvolveu-se uma consciência crítica que era tanto geográfica, quanto espacial, na tentativa de buscar o atendimento dentro do município, ou seja, criar alternativas dentro de uma geografia desigual. Conforme Gramsci, a revolução passiva:

> apreende a inserção desigual de diferentes territórios no mercado mundial capitalista; a reprodução geográfica de classe e as relações

> de produção ao longo de escalas espaciais; e a persistência da competição geopolítica em condições de capitalismo global. Além do mais, por meio de seu enfoque nas estratégias de classe de consolidação capitalista em processo de formação do Estado, a teoria da revolução passiva considera também os micromecanismos dos sistemas de estados sob o capitalismo; microorganismos esses que, em tese, são tão centrais em abordagens paralelas ao acúmulo de capital e ao sistema de estados (CALLINICOS, 2007, p. 14).

Desta forma, a revolução passiva não nega o sistema capitalista, mas cria formas de resistência; como Gramsci reafirma a existência das organizações formais e as não-formais, porque, na sociedade, ninguém é desorganizado.

Nesta condição, o CAPSII Casa Nova Vida criou, junto com o poder público municipal, os profissionais da saúde e a comunidade, uma forma de resistência ao poder psiquiátrico, propiciando alternativas dentro do seu território, ou seja: revolução passiva.

Assim, a Reforma Psiquiátrica e o cuidado sem definição de nacionalidade sustentam a tese iluminista de que a justiça deve ter um caráter universal. Ele se contrapõe à redução da nossa responsabilidade moral aos membros de nossas comunidades políticas, em um argumento que culmina na defesa de que os direitos humanos são elementos capazes de determinar valores de justiça dotados de validade universal, Amartya Sem (2000).

Contudo, reinventar a cidade, inevitavelmente, depende do exercício de um poder coletivo sobre os processos de urbanização (Harvey, 2012, p.4).

Enfim, o projeto visa a perceber quais as influências da mobilidade humana na zona de fronteira entre Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai na mudança do cuidado em saúde mental.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

> Não é a consciência do homem que lhe determina o ser, mas, ao contrário, o seu ser social que lhe determina a consciência Karl Marx.

O trabalho terá como base o referencial teórico marxista e será utilizada a obra de Milton Santos, de David Harvey e de outros pensadores.

Karl Marx em sua obra buscou compreender e explicar o capitalismo como sendo fruto da sociedade moderna. As ideias revolucionárias de Marx constituem uma ética humanista ao conclamar a justiça e igualdade real entre os homens. Portanto, pode-se dizer que suas teorias, em síntese, podem significar uma nova luz e representar novos caminhos para os homens, proporcionando-lhes conquistas significativas no decorrer dos tempos.

Salienta-se a contribuição de Milton Santos, que é geógrafo brasileiro e aborda diversos temas como a epistemologia da geografia, a globalização, o espaço urbano, dentre outras. Seu trabalho permite entender a organização do espaço no período histórico atual.

David Harvey é capaz de mostrar que esta nova fase do capitalismo acarreta uma dialética complexa de descentralização e centralização, heterogeneidade e homogeneidade. Harvey, com sua matriz marxista, além de interpretação dos desdobramentos do funcionamento do capitalismo, integra à análise marxista a dimensão espacial.

4.1 Globalização

> O mundo inteiro é uma ficção. A chamada “aldeia global” não existe. É apenas uma construção. Eu sempre desconfio de tudo o que é apresentado como sendo global, pois falta sentido a esse conceito. Meu ponto de partida são os valores. Estes podem até se tornar mundiais, mas o ponto de partida é local. Milton Santos

A partir dos anos 90, observa-se a intensificação e o aprofundamento de mudanças na dinâmica do capitalismo internacional, através da mundialização do capital, ou seja, onde todos os países estão interligados como uma aldeia global. Este processo é conhecido como globalização.

A globalização é um conjunto de transformações políticas e econômicas mundiais. Tem como base a integração dos mercados numa “aldeia global”, gerando uma economia unificada, reduzindo a soberania do Estado e impondo-se através das grandes empresas multinacionais e transnacionais, que ditam as regras do livre mercado e da competitividade entre países.

Esse processo tem sido acompanhado por uma intensa revolução nas tecnologias de comunicação, transporte e informatização, o qual, por sua vez, eliminou a distância e reduziu o tempo, permitindo que as pessoas conversem entre si, atravessem fronteiras e oceanos momentaneamente. Por outro lado, há um regresso à barbárie, uma crescente brutalidade e uma desumanidade que acabam com velhos padrões de relacionamento, levando ao individualismo e à disputa entre países e entre pessoas.

Esse sistema vem se expandindo nos países em desenvolvimento, ao gerar mão-de-obra e matéria prima mais barata e ao produzir o aumento do desemprego, da terceirização e dos contratos por tempo determinado.

> investimentos estrangeiros em espaços nacionais diferenciados, com base na adoção de um modelo único, segundo os quais multinacionais penetram indistintamente nos mercados, sem restrições por parte dos Estados nacionais, provocando situações de desemprego em massa, queda dos salários reais, precarização das condições de trabalho e até mesmo a ameaça de um 'dumping social', resultado de um jogo de forças desigual entre nações que participam desigualmente do chamado mundo globalizado (BÓGUS, 1997, p. 168).

Conforme Milton Santos (2012), que discute sobre a percepção enganosa, deve-se considerar a existência de pelo menos três mundos num só: a globalização como uma fábula; a globalização como perversidade; uma outra globalização.

A globalização como uma fábula traz o discurso em torno da homogeneização do planeta, porém as diferenças locais são aprofundadas, o mundo torna-se mais desunido, tornando mais distantes o sonho de uma cidadania verdadeiramente universal, ocasionado pela disparidade entre países, regiões e cidades com a exacerbação das desigualdades econômicas, políticas e sociais.

> o processo de globalização acaba tendo, direta ou indiretamente, influência sobre todos os aspectos da existência: a vida econômica, a vida cultural, as relações interpessoais e a própria subjetividade. Ele não se verifica de modo homogêneo, tanto em extensão quanto em profundidade, e o próprio fato de que seja criador de escassez é um dos motivos da impossibilidade da homogeneização. Os indivíduos não são igualmente atingidos por esse fenômeno, cuja difusão encontra obstáculos na diversidade das pessoas e na diversidade dos lugares. Na realidade, a globalização agrava a heterogeneidade, dando-lhes mesmo um caráter ainda mais estrutural (SANTOS, 2012, p. 143).

Assim, a globalização apresenta a sua perversidade ao criar a mais-valia[9] como caráter universal, pois proporciona às empresas a sua expansão, o crescimento de sua produtividade e de seu lucro, havendo a competitividade[10] entre as grandes multinacionais para conquistar cada vez mais outros territórios. Conforme Santos (2012, p. 42):

> Fala-se, também, de uma humanidade desterritorializada, uma de suas características sendo o desfalecimento das fronteiras como imperativo da globalização, e a essa ideia dever-se-ia uma outra: a da existência, já agora, de uma cidadania universal. De fato, as fronteiras mudaram de significação, mas nunca estiveram tão vivas, na medida em que o próprio exercício das atividades globalizadas não prescinde de uma ação governamental capaz de torná-las efetivas dentro de um território. A humanidade desterritorializada é apenas um mito. Por outro lado, o exercício da cidadania, mesmo se avança a noção de moralidade internacional, é, ainda, um fato que depende da presença e da ação dos Estados nacionais.

No universo da globalização, o espaço geográfico cria novos contornos, novas características, novas definições e ocasiona a fragmentação do território, isto é, escassas oportunidades de convivência e solidariedade.

O território observa dois opostos ocasionados pela globalização e de um lado, instala-se uma nova ordem política e econômica; por outro, ocorre a produção acelerada da miséria, do excluído e da marginalidade, considerado por Santos (2012) a esquizofrenia do espaço.

Desta forma, urge a necessidade de potencializar a solidariedade entre os territórios, na busca de outra globalização, que vise à união e a mistura dos povos, das raças, das culturas, dos gostos e dos continentes. Conforme Santos (2012, p. 109), “cria-se uma solidariedade comum dos agentes exercendo-se sobre um território comum”.

Trata-se da integração solidária através da horizontalidade das políticas com intuito de observar os interesses da população, percebendo a sua objetividade e sua subjetividade em suas relações sociais neste território.

> o território não é apenas o lugar de uma ação pragmática e seu exercício comporta, também, um aporte da vida, uma parcela de emoção, que permite aos valores representar um papel. O território se metamorfoseia em algo mais do que um simples recurso e, para utilizar uma expressão, que é também de Jean Gottmann, constitui um abrigo (SANTOS, 2012, p. 112).

---

[9] A mais valia é a expressão precisa do grau de exploração da força de trabalho pelo capital ou do trabalhador pelo capitalismo (MARX, 2013).

[10] “A competitividade é uma espécie de guerra em que tudo vale e, desse modo, sua pratica provoca um afrouxamento dos valores morais e um convite ao exercício da violência” (SANTOS, 2012, P. 57).

Nesta outra globalização, o homem torna-se o centro da discussão e do interesse. Ele será o foco da política e da economia no intuito da emancipação social deste sujeito que se encontra à margem da sociedade, conforme Santos (2012, p. 118), “para encontrar no próprio homem a base e o motor da construção de um novo mundo”.

A globalização transforma drasticamente o território, o espaço e o tempo, através de discurso de fábulas de unificação das nações, todavia o que observamos é a sua perversidade com a ausência de solidariedade entre nações e aumento da xenofobia em todo mundo. Portanto, é urgente a necessidade de uma outra globalização através da união de todos e o respeito a todas diferenças.

> Mas sua cultura, por ser baseada no território, no trabalho e no cotidiano, ganha a força necessária para deformar, ali mesmo, o impacto da cultura de massas. Gente junta cria cultura e, paralelamente, cria uma economia territorializada, uma cultura territorializada, um discurso territorializado, uma política territorializada. Essa cultura da vizinhança valoriza, ao mesmo tempo, a experiência da escassez e a experiência da convivência e da solidariedade. É desse modo que, gerada de dentro, essa cultura endógena impõe-se como um alimento da política dos pobres, que se dá independentemente e acima dos partidos e das organizações (SANTOS, 2012, p. 145).

Enfim, a globalização vem modificando os espaços territoriais e dividindo nações, cidades e pessoas, causando carência da solidariedade e da união entre países e indivíduos.

4.2 Território

O território é a categoria da geografia que expressa questões políticas do espaço (COSTA, 1992). Ao pensar o território, faz-se necessário olhar o território como conceito, sendo oportuno para a análise desta totalidade, isto é, o espaço geográfico, sua articulação política e econômica.

No século XIX, o autor Ratzel define a compreensão acerca da relação entre território e política, sendo para o mesmo o Estado Nacional e amplia a política clássica da “geografia política dos Estados” (RAFFESTIN, 1993). Assim, permanece atualmente a concepção tradicional - exclusivamente ligada ao Estado e a sua política - a ideia de território como aquele chão ou solo em que determinado Estado Nação exerce sua soberania.

Entretanto, ocorre uma nova concepção, conforme Milton Santos "o território era a base, o fundamento do Estado-Nação que, ao mesmo tempo o moldava. No contemporâneo, quando vivemos uma dialética do mundo concreto, evoluímos da noção pós-moderna de transnacionalização do território" (1994, p.15).

O território abrange todas as esferas de ações e todas as dimensões de seu uso, compreendido como território usado[11], espaço banal[12], espaço de todos[13] – todo o espaço geográfico (SANTOS, 1996). Remete entender o espaço geográfico como um conjunto indissociável e dialético de sistemas de objetos e de ações.

Assim, o conceito de território deve ser renovado considerando a indissociabilidade dos sistemas de ações e da materialidade da vida das sociedades, ou seja, deve-se considerar quais são os conteúdos do território, do que ele é constituído, quais objetos e ações que animam, quais são os seus usos e quais as implicações deles resultantes (PEREIRA, 2011).

Desta maneira, compreender a teoria do geógrafo David Harvey define a Teoria do Desenvolvimento Geográfico Desigual, como:

> visa compreender o funcionamento do capitalismo num âmbito geográfico, apontando como a dinâmica da acumulação do capital pode alterar o espaço e as formas de espacialidade, gerando desigualdades entre os territórios. Os desenvolvimentos geográficos são considerados, como fortemente influenciados pela acumulação do capital, pela ação do homem na natureza (inserção material na "teia da Vida" sócio-ecológica), pela busca de redução do tempo de giro do capital (compressão espaço-tempo) e pelos conflitos territoriais em diferentes escalas geográficas (municipais, estatal, regional, nacional, internacional); isto é, por suas quatro condicionalidades (2004, p. 75).

É de extrema importância salientar a relação do tempo[14] e do espaço[15] que se encontra em constante movimento, pois proporciona uma ampla visão

---

[11] Território usado constitui-se como um todo complexo onde se tece uma trama de relações complementares e conflitantes (SANTOS, 2000).

[12] Espaço banal leva em conta todos os elementos e a perceber a inter-relação entre os fenômenos (SANTOS, 2000).

[13] Espaço de todos constitui o território usado e o espaço banal (SANTOS, 2000).

[14] O tempo não pode ser considerado fixo e nem pode haver um sentido único do tempo. O sentido do tempo para as sociedades muda de acordo com as inserções de novas práticas materiais e, por isso, modificam-se as maneiras de enxergar o mundo. O tempo pode configurar-se de várias formas a depender de como os processos materiais são acelerados ou desacelerados pelas ações humanas. E, por isso, diferentes formações sociais no decorrer da história da humanidade tiveram diferentes sentidos de tempo, tais como, os tempos: acelerado, retardado, explosivo, ilusório, permanente, errático, cíclico. O sentido de tempo para as sociedades que viveram no feudalismo é completamente diferente do tipo de tempo vivenciado pelas sociedades capitalistas (HARVEY, 1992, p. 205-206).

sobre a lógica da interação entre ambiente territorial – aqui incluído o sistema econômico, político, ambiental, social e cultural, ou seja, proporciona uma visão geográfica do desenvolvimento territorial do capitalismo. Compreender o rearranjo espacial[16] como um espaço de múltiplas tensões e interesses, assim é entender o território como potencial de mobilização e de mobilidade humana.

Destarte, o espaço material[17] funciona como múltiplas determinações, de modo que nenhum de seus significados pode ser propriamente compreendido de forma isolada, mas sim, em diversas culturas e crenças, ou seja, um campo rico em possibilidades.

Desta forma, a necessidade de compreender a relação local-global, com o intuito de observar a relações entre cidades e países, é de extrema importância principalmente para as áreas de fronteiras.

4.3 Fronteira

> A desvalorização do mundo humano aumenta em proporção direta com a valorização do mundo das coisas (Karl Marx).

No Brasil, a Lei n°6.634 que dispõe sobre a faixa de fronteira, tem foco exclusivo sobre questões de segurança nacional. Essa Lei, de 1979, do período em que o país encontrava-se em regime de exceção, apresenta-se desatualizada em relação às diretrizes para o desenvolvimento da Faixa de Fronteiras.

Todavia, há a necessidade de uma política não focada somente na segurança nacional, mas na integração entre países, para o fortalecimento da cidadania de todos os sujeitos que habitam nestes territórios.

O Brasil possui uma faixa de fronteira extensa (15.719 km), tradicionalmente tratada como local de isolamento, que se configura atualmente como uma área de baixo desenvolvimento socioeconômico

---

[15] O espaço é tratado como algo imóvel, fixo, não dialético, dentro do que ocorre no processo social e, portanto, o espaço não é um produto da ação social (HARVEY, 1992).

[16] Rearranjo espacial e a "escala intermediária" alocada entre a postulação mais abstrata dos mecanismos de reprodução do capital e sua configuração imperialistica posterior, o que significa a atenção mais detalhada às possíveis formas de combinação entre uma Teoria da localização e a análise dos investimentos fixos e imobilizados, e a criação obrigatória da paisagem geográfica para facilitar a acumulação através da produção e da circulação (HARVEY, 2005).

[17] Constitui um lugar de fato, um terreno sobre o qual e a partir do qual a atividade política emerge. (MITCHELL, 2003, p. 129).

marcada por profundas desigualdades sociais (GIOVANELLA; GUIMARAES; NOGUEIRA; LOBATO; DAMACENA, 2007).

Essas faixas são consideradas heterogêneas, porque apresentam em sua linha espaços diferenciados em aspectos históricos, culturais, étnicos, econômicos, sociais. Surge então a necessidade de compreender toda a complexidade que envolve este local, isto é, a fronteira.

Assim, faz-se necessário visualizar a dimensão política e pensar as diferentes maneiras como espaço e espaço-tempo são usados, com o intuito de definir certas condições de possibilidade para engajamento critico, criando, possibilidades de políticas alternativas e de observar como moldamos nosso meio e o modo como representamos e vivemos.

Portanto, é indispensável a união destas nações como um espaço concreto da vida social na criação de políticas que fortaleçam e que potencialize os direitos humanos de todos os habitantes nesta linha de fronteira.

4.4 Fronteira e Saúde

> Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática (Antônio Gramsci).

A busca de atendimento por população de outros países é uma realidade nos serviços de saúde de municípios de fronteiras e exerce pressão crescente à proporção que os sistemas municipais de saúde se organizam e criam parcerias, as quais possam contribuir para o fortalecimento do cuidado nos dois países.

Na pesquisa elaborada por Vera Nogueira (2007) os secretários municipais de saúde têm considerado que estrangeiros têm direito ao atendimento no SUS, mas encontram algumas barreiras como o acesso restrito ao direito. A Constituição Federal de 1988 afirma a saúde como “Direito de todos e dever do Estado” e a Lei n° 8080, ao regulamentar o texto constitucional, reitera que “Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis para seu pleno exercício”. Desta forma, a legislação em saúde não se refere especificamente ao acesso de estrangeiros ao SUS, depreende-se do texto legal que o direito universal à saúde transcende os cidadãos brasileiros natos ou naturalizados,

pois se refere a todos os seres humanos e que, o acesso universal ao SUS, deve ser garantido às pessoas independentemente de nacionalidade.

Conforme o artigo 5° da Constituição Federal, “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade”. Conclui que estrangeiro residente tem os mesmos direitos sociais dos brasileiros. Segundo o Estatuto do Estrangeiro (Lei n°6.815 de 19 de agosto de 1980), no seu artigo 95, “O estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis”.

Assim, há a necessidade de iniciativas locais de cooperação entre gestores e principalmente a responsabilidade destas pessoas para implantar uma saúde de qualidade e com o compromisso do bem-estar de todos os cidadãos que necessitam.

> A tarefa é mais complexa e a garantia do direito à saúde para além das fronteiras insere-se em movimento supranacional. É necessário somar vozes com movimentos pela cidadania global, de universalização de direitos... (GIOVANELLA; GUIMARAES; NOGUEIRA; LOBATO; DAMACENA, 2007, p. 264).

Cabe destacar que os municípios de fronteiras do Brasil têm grande dificuldade em prover os seus municípios de atenção integral à saúde, pois existe a ausência de recursos humanos especializados, a insuficiência de equipamentos para realização de procedimento de média e alta complexidade, e a distância entre os municípios e os centros de referência. Também há dificuldade de planejamento de provisão dessas políticas, em função da população flutuante que utiliza o sistema e que, no caso brasileiro, não é contabilizada para os repasses financeiros do SUS.

> Quanto aos governos municipais estes normalmente são mal-aparelhados e apresentam volume de arrecadação que não permite a promoção de relevantes mudanças no cenário local. Ademais, em muitas fronteiras brasileiras, populações vizinhas flutuantes invadem os serviços e utilizam bens públicos disponibilizados, dada a inexistência ou falta de qualidade em seus próprios países, fato recorrente no setor saúde, em que a universalidade do SUS configura-se em muitos casos, como a única opção de atenção à saúde para os munícipes de países vizinhos (GADELHA; COSTA, 2007, p. 218).

A partir da proposta do SIS-Fronteiras, voltado para a integração da saúde, com os dez países sul-americanos que fazem fronteiras com o Brasil, é importante visar a melhoria da qualidade de vida da população, como principalmente subsidiar o processo de harmonização de saúde entre os países, necessária para o estabelecimento de marcos legais para a integração, otimização e qualificação da atenção prestada nas fronteiras (BRASIL, 2005).

Torna-se um grande desafio a consolidação desta proposta do SIS-Fronteiras, principalmente acarreta o compromisso dos gestores na aplicabilidade deste sistema na união dos países para a garantia do direito à cidade.

> O direito à cidade está muito longe da liberdade individual de acesso a recursos urbanos: é o direito de mudar a nós mesmos pela mudança da cidade. Além disso, é um direito comum antes de individual já que esta transformação depende inevitavelmente do exercício de um poder coletivo de moldar o processo de urbanização. A liberdade de construir e reconstruir a cidade e a nós mesmos é, como procuro argumentar, um dos mais preciosos e negligenciados direitos humanos (HARVEY, 2012, p. 74).

Destarte, precisa-se de iniciativas que fortaleçam a proteção social[18] de todos os sujeitos que vivem em área de fronteira na garantia das necessidades humanas básicas. Segundo Potyara Pereira (2007, p. 36), “as necessidades humanas básicas estão na base da concretização de direitos fundamentais por meio das políticas sociais”.

Conforme Sposati (1998, p.34):

> política social é um mecanismo que o Estado utiliza para intervir no controle das contradições que a relação capital-trabalho gera no campo da reprodução e reposição da força de trabalho, ou ainda que cumpre uma função ideológica na busca do consenso a fim de garantir a relação dominação-subalternidade e, intrinsecamente a esta, a função política de alívio, neutralização das tensões existentes

---

[18] “Proteção social é um conjunto amplo que, desde meados do século XX, engloba a seguridade social (ou segurança social), o asseguramento ou garantia à seguridade e políticas sociais. A primeira constitui um sistema programático de segurança contra risco, circunstancias, perdas e danos sociais cujas ocorrências afetam negativamente as condições de vida dos cidadãos. O asseguramento identifica-se com as regulamentações legais que garantem ao cidadão a seguridade social como direito. E as políticas sociais constituem uma espécie de política pública que visa concretizar o direito à seguridade social, por meio de um conjunto de medidas, instituições, profissões, benefícios, serviços e recursos programáticos e financeiros. Neste sentido, a proteção social não é sinônimo de tutela nem deverá estar sujeita a arbitrariedades, assim como a política social – parte integrante do amplo conceito de proteção – poderá também ser denominada de política de proteção social” (PEREIRA, 2007, p. 16) .

> nessa relação (...), mas também é o espaço de articulação das pressões e movimentos sociais dos trabalhadores pela ampliação do atendimento de suas necessidades e reivindicações.

Contudo, a política social é um mecanismo dialético que busca através dos movimentos sociais a garantia dos direitos sociais, considerado por Pisón (1998, p. 13) “Los derechos sociales, se busca, en realidad, la remoción de los obstáculos al ejercício concreto de la liberdad”. Assim, os direitos sociais devem ser assegurados a todos, independentemente da nacionalidade.

Enfim, as necessidades humanas, as políticas sociais e os direitos sociais estão entrelaçados na busca por melhor atendimento no cuidado em Saúde Mental. Desta forma, há necessidade de compreender o desenvolvimento da doença mental e ampliação da atenção psicossocial.

4.5 - Cuidado em Saúde Mental

> Com medo, troca-se muito pouco, toca-se pouco, conhece-se pouco. Pode-se "ajudar", diagnosticar, "tratar", jamais amar (Jaques Maurício).

Para pensar o cuidado em Saúde Mental é necessário repensar as práticas psiquiátricas e suas técnicas altamente repressivas que o Estado usava para oprimir o sujeito em sofrimento psíquico. Este utilizava a “razão” através do modelo biomédico para justificar suas ações hierárquicas, exclusão, subordinação, expropriação do saber amparado pelos muros dos manicômios e a “irracionalidade”, a qual deve permanecer silenciada nestas instituições. Conforme Basaglia “uma pessoa louca se torna normal no momento em que está internada no manicômio” (1979, p. 45).

Assim, os manicômios serviam para manter o controle social, pois a “loucura” estava intimamente ligada à pobreza e à improdutividade dentro de um sistema capitalista de produção que, na sua estrutura, se baseia exclusivamente sobre as diferenças culturais, sociais e classes. Segundo Basaglia, “se as pessoas continuavam doentes era porque não eram produtivas para a organização social” (1979, p. 46).

> O manicômio lhes aparecia como uma organização totalmente inútil que controlava o desvio improdutivo. Fazendo uma retrospectiva do caminho histórico do manicômio, concluía-se que ele havia surgido e se mantinha com a finalidade não de curar, mas de controlar (BASAGLIA, 1979, p. 86).

Nestas instituições totais[19], o internado tem contato restrito com o mundo existente fora de seus muros, através de uma vigilância constante e a eliminação de toda sua identidade física, social e cultural - mutilação do eu[20] - retirada do nome, das roupas, tornando apenas um número e um diagnóstico.

A partir de um amplo debate e denúncia sobre as formas, "cuidado" dentro destas instituições totais, começa uma nova discussão sobre saúde mental, iniciada na Itália por Franco Basaglia "queremos transformar, mudar o mundo. E podemos mudar, transformar o mundo, através da nossa especialidade, através da miséria dos nossos pacientes, que são uma parte da miséria do mundo" (1979, p.29).

Assim, a experiência italiana e a psiquiatria democrática inspiraram a reforma psiquiátrica no Brasil (LANCETTI, 1990), principalmente no repensar as práxis e reconstruir novos caminhos.

No Brasil, a reforma se inicia na década de 80, através de diversos questionamentos e críticas dos trabalhadores, dos usuários e dos familiares sobre as formas de cuidado no manicômio. Começou-se a criar alternativas através dos serviços substitutivos buscando construir uma rede de atenção à saúde mental, a qual visa a desinstitucionalização[21], a clínica ampliada[22], a autonomia[23], o território[24] e a equipe interprofissional[25] e, principalmente, a

---

[19] "Seu 'fechamento' ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibição à saída que, muitas vezes, estão incluídas no esquema físico - por exemplo, por portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos água, florestas ou pântanos" (GOFFMAN, 1961, p. 16).

[20] "perda de propriedade, o que é importante porque as pessoas atribuem sentimentos do eu aquilo que possuem. Talvez a mais significativa dessas posses não seja física, pois é nosso nome; qualquer que seja a maneira de ser chamada, a perda de nosso nome é uma grande mutilação do eu" (GOFFMAN, 1961, p. 27).

[21] Rotelli, Leonardis e Mauri (2001, P.29) “Um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente, para desmontar (e remontar) o problema”.

[22] Campos (1998, p.2) “Dimensões do sujeito: Sujeito/cidadão – co direito à habitação, à liberdade, ao trabalho, etc-: Sujeito/subjetivo – um ser que necessita apoio de suas angustias, sofrimento e inibições, etc-: e sujeito/biológico – atendido e protegido naquilo em que o orgânico o estiver ameaçado.”

[23] Campos (1998), “um processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmo e sobre o contexto”.

[24] Refere-se ao atendimento descentralizado na saúde, cada unidade atendendo territórios determinados para facilitar o vínculo entre usuário e serviços. (Pitta, 1996).

[25] “A equipe interprofissional, que em sua constituição atual já supera em muitos aspectos o grupo comum dos especialistas, para incluir uma série de dispositivos que vão do teatro às diferentes formas de arte e artesanato, e da qual se espera - que ela encontre formas de intercâmbio das suas visões teórico-técnicas e das suas práticas, que seja capaz de superar radicalmente o modelo da 'linha de montagem’, fundada na estratificação do saber dos especialismos” (AMARANTE, 1995, 156).

liberdade - “uma das terapias mais importantes para combater a loucura é a liberdade” (BASAGLIA, 1979, p.72).

> Ainda que este processo tenha sido desencadeado na década de setenta, foi na década de 80 que as transformações dos conceitos e papéis do campo da saúde mental passaram a ter maior visibilidade, em especial, pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira também denominado de movimento da luta antimanicomial, que, no cenário de um país em processo de democratização e de reformulação no seu sistema de saúde, denominada de reforma sanitária, passou a questionar os saberes e práticas psiquiátricos e a fazer uma crítica radical do espaço do hospital psiquiátrico como local de tratamento (ANDRADE, 2012, p.77).

Através de um longo processo de luta, pela implementação da Reforma Psiquiátrica, foi consolidado através da Lei 10.216/2001[26] - transformando o cuidado em Saúde Mental através de uma política pública que visa no Art. 2°- no inciso II, “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua vida, ao visar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”.

Este novo paradigma assistencial transformou o objeto de intervenção - não mais a doença e sim o sujeito-social com sofrimento psíquico - com a finalidade de não mais a remissão do sintoma, mas as necessidades de saúde propriamente humana, através da emancipação do sujeito para a ampliação da sua autonomia e de sua reabilitação psicossocial[27].

Assim, a transformação do saber e do fazer dos profissionais no cuidado em Saúde Mental modificam e criam novas formas de produzir saúde, através de novos olhares para um cuidado baseado no diálogo, na criatividade e na interdisciplinaridade na tomada de responsabilidade.

> A tomada de responsabilidade significa um direcionamento da atenção, levando em conta: a escuta; o acolhimento; a ética; a autonomia; o resgate da cidadania; a subjetivação, o respeito, a liberdade e a inclusão social, dentre outros. É ao redor deste ideário e acordos comuns que profissionais com diferentes formações, com diferentes crenças e filiações teóricas, se reúnem e formam equipes multidisciplinares, que trabalham no cotidiano dos serviços de saúde mental e no campo da atenção psicossocial (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007, p. 817)

---

[26] Deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de Lei N° 3.657/89, ao Congresso Nacional Brasileiro, porém a Lei só foi aprovada em 06 de abril de 2001.

[27] “Conceito de reabilitação psicossocial é possibilitar a desconstrução de práticas fundamentadas na objetividade da doença mental e a (re) construção de práticas voltadas para as reais necessidades do paciente; é estabelecer relações que permitam ao usuário a apropriação, a significação e a reconstrução de suas histórias de vida” (BARROS, OLIVEIRA, SILVA, 2007, p.817).

Ao transformar a práxis no cuidado e priorizar a escuta, segundo Dell'Acqua, Mezzina (1991, p.67), “a escuta formal quanto os numerosos momentos de escuta informal, tendem a propor percursos de conscientização em relação a estar com outros, ouvir as necessidades próprias e alheias, conter-se e limitar a expansão de si”, possibilita a reconstrução da emancipação social, política e econômica deste sujeito.

Assim, a atenção psicossocial recria novas formas de cuidar em Saúde Mental, possibilita a desospitalização, a desmedicalização e atenção sociocultural e, por conseguinte, olha o sujeito em sua integralidade. Conforme (MIELKE et al., 2009, p.164), “A transformação das formas de cuidado em saúde mental mostra-se viável e favorece a efetivação da proposta da reforma psiquiátrica, na qual o usuário recebe um atendimento que respeita sua cidadania e autonomia”.

Enfim, o cuidado em Saúde Mental vem se transformando e dando ênfase à liberdade, à emancipação e à promoção da vida do sujeito que se encontra em sofrimento psíquico.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

A pesquisa teve caráter qualitativo, segundo Minayo (2013), a opção por um estudo qualitativo não deve ser apenas uma escolha do pesquisador, no caráter específico do objeto de conhecimento que, neste caso, é o ser humano e a sociedade. Este objeto, que é sujeito, se recusa a revelar-se apenas com números, mas também com os significados da ação humana quando constrói a história.

Conforme Minayo (2013, p. 57):

> O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

O método será o materialismo histórico que é definido como:

> método de abordagem da realidade, reconhecendo-a como processo histórico em seu peculiar dinamismo, provisoriedade e transformação. A dialética é a estratégia de apreensão e compreensão da prática social empírica dos indivíduos em sociedade (Minayo, 2013, p. 108)

Assim, a dialética possibilita uma melhor leitura da realidade, pois proporcionar uma visão contextualizada e evidencia sua contradição.

5.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada no município de Santa Vitória do Palmar, que possui uma área de 5.244,18 km2, distante 436 km da capital do estado do Rio Grande do Sul. Conforme dados do IBGE[28], a população estimada é de 31.524 habitantes em 2014. A renda municipal provém, principalmente, do setor agropecuário, através do cultivo de arroz e estrutura-se com base na propriedade fundiária.

O cenário do estudo foi o CAPS II – Casa Nova Vida – que atende atualmente 498 usuários com sofrimento psíquico, dos municípios de Santa Vitória do Palmar, Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai. Foi cadastrada pelo SUS para

---

[28] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

atender adultos com psicoses e neuroses graves. Por ser o único serviço de saúde mental da região, também é referência aos usuários com diagnóstico de dependência de álcool e outras drogas, crianças e adolescentes, mesmo não estando habilitado como CAPS i e CAPS AD.

O Plano Terapêutico é combinado com o usuário e os familiares. O tratamento é realizado através de atendimento individual, grupos, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Quando é necessária a internação para desintoxicação, os usuários são encaminhados para os leitos de usuários de álcool e outras drogas da Santa Casa de Misericórdia de Santa vitória do Palmar.

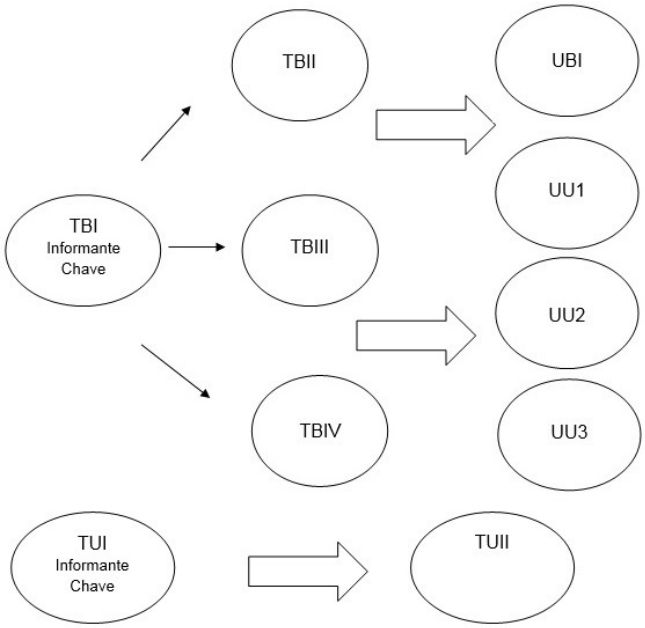
A Equipe Técnica é constituída por uma enfermeira psiquiátrica, uma enfermeira, uma assistente social, uma pedagoga, dois psicólogos, um médico clínico, três técnicas de enfermagem, três auxiliares de enfermagem, uma cozinheira, uma auxiliar de serviços gerais, uma agente administrativa, um motorista e um médico psiquiátrico que atende uma vez ao mês.

5.3 Participantes do estudo

A pesquisa foi realizada com informante chave[29]: através de entrevistas com quatro usuários (brasileiros e uruguaios) que realizam tratamento no CAPS II Casa Nova Vida, também com quatro profissionais que trabalham nos serviços de saúde mental no Brasil e dois profissionais Uruguaios. Assim, foram realizadas dez entrevista no total, conforme ilustrado a seguir:

Figura 1 – Fluxograma demonstrativo da entrevista no qual os informantes-chaves indicaram quem deveria ser entrevistado

[29] Colaborador da pesquisa é com ele que o pesquisador esclarece algumas incertezas que surgem ao longo da investigação (VALLADARES, 2007).



Fonte: Dados pesquisa "Globalização, Território, Fronteira – desafio da Mobilidade Humana no cuidado em Saúde Mental na zona de fronteira entre Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai".

Os Critérios de Inclusão para participar do estudo devem atender as seguintes exigências:

- ser maior de 18 anos;
- ter realizado histórico de cuidado de saúde mental nos dois países (Brasil/Uruguai);
- atualmente realizar cuidado em saúde mental no CAPS II Casa Nova Vida;
- ser profissionais que atuem na CAPS II Casa Nova Vida e na Unidade Básica de Saúde no Chuí/Brasil e também profissionais que atuem na área Saúde Mental no Chuí/Uruguai.

5.4 Princípios Éticos

Para realização da investigação proposta serão respeitadas as premissas da Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, que orienta pesquisas envolvendo seres humanos. Inicialmente, será realizado contato com o Secretário Municipal de Saúde do município de Santa Vitória do Palmar, com o Secretário Municipal de Saúde do município do Chuí/Brasil e com o Departamento de Saúde do Chuí/Uruguai, visando à autorização para a realização da pesquisa (Apêndice III). O trabalho foi enviado para Plataforma

Brasil para apreciação por um Comitê de Ética em Pesquisa e autorizado para o seu desenvolvimento (Anexo I).

A todos participantes do estudo foi garantido o direito de não serem identificados, o direito de desistirem da pesquisa a qualquer momento e o livre acesso aos dados quando for de seu interesse.

Com o objetivo de manter o anonimato dos participantes, serão utilizados as iniciais UB (usuários brasileiros), UU (usuários uruguaios), TB (trabalhadores brasileiros) e TU (trabalhadores uruguaios), sendo atribuída a ordem sequencial das entrevistas (UB1, UB2 ...). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE) no (Apêndice IV), informa o anonimato e o participante poderá desistir de sua participação a qualquer momento da pesquisa.

O material gravado e transcrito ficará em um banco de dados com a pesquisadora, por um período de cinco anos e depois será incinerado.

Esta pesquisa pode oferecer como riscos aos seus participantes o desconforto frente aos questionamentos. No momento que o usuário não se sentir à vontade para manter a fala, seu desejo será respeitado. Já que não oferece riscos biológicos ou de vida, não requer nenhum procedimento invasivo no usuário ou outros desta natureza.

O benefício do trabalho é o conhecimento que, a partir da pesquisa, pode vir a contribuir para um cuidado integral, pautado nas necessidades dos usuários e a união das políticas públicas entre Brasil e Uruguai.

5.5 Desenvolvimento da Pesquisa

Para a produção do material foi empregada à técnica de entrevista semiestruturada, individual e gravada, realizada com os participantes selecionados para o estudo, conforme descrito anteriormente.

Conforme Minayo (2013), a entrevista é considerada como uma conversa entre pesquisador e entrevistados, com propósitos bem definidos e objetiva coletar informações sobre determinado tema. A autora entende a entrevista semiestruturada como um roteiro que orienta uma conversa, servindo como um guia, pois visa captar o ponto de vista dos participantes, previstos no objeto do estudo, por isso, não deve ser muito extenso.

A entrevista semiestruturada oferece ao pesquisador certa flexibilidade durante a coleta de informações sobre os sujeitos da pesquisa. Esse método visa uma conversa, na qual os sujeitos contam suas experiências de forma narrativa, sem sofrerem a influência das percepções do entrevistador.

O roteiro da entrevista (Apêndice V) com os usuários do CAPS II Casa Nova Vida, no município de Santa Vitória do Palmar, relata a experiência de cuidado em Saúde Mental nos dois países vizinhos; com os profissionais, (Apêndice VI), que atuam no CAPS II Casa Nova e na Secretaria Municipal de Saúde do Chuí/Brasil; e, com os profissionais (Apêndice VII) que atuam no Departamento de Saúde do Chuí/Uruguai.

5.6 Análise de Dados

Para análise e interpretação dos dados foi utilizada a proposta operativa de Minayo (2013), caracterizada por dois momentos operacionais. O primeiro inclui as determinações fundamentais do estudo, o qual é mapeado na fase exploratória da investigação. O segundo momento denomina-se interpretativo, dividido em duas etapas: a ordenação e a classificação dos dados.

A ordenação dos dados é a fase que "dá ao investigador um mapa horizontal de suas descobertas no campo" (MINAYO, 2013, p. 356), assim são reveladas as homogeneidades e as diferenciações através das comparações e dos contrastes.

A classificação de dados é a etapa em que o pesquisador faz a leitura horizontal e exaustiva dos textos, leituras transversais, análise final e relatórios. No primeiro momento faz-se o contato com o material do campo, segundo Minayo "o material escrito necessita ser cuidadosamente analisado: frase, palavras, adjetivos, concatenação de ideias, sentido geral do texto" (2013, p. 357).

O segundo momento é o da leitura transversal considerado o processo de classificação, conforme Minayo (2013, p. 358):

> Terminando este primeiro esforço em que muitas "gavetas" foram abertas, o pesquisador parte para uma segunda tarefa, fazendo um enxugamento de suas classificações; agrupando tudo em número menor de unidades de sentido e buscando compreender e interpretar o que foi exposto com mais relevante e representativo pelo grupo estudado.

Na análise final é o momento da compreensão e da interpretação dos dados, segundo Minayo (2013, p. 359) "movimento circular, que vai do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, que busca as riquezas do particular e do geral"; enfim, o relatório que é a comunicação dos dados da pesquisa através do trabalho de campo.

> A compreensão e interpretação em seu formato final, além de superar a dicotomia objetividade vs. subjetividade, exterioridade vs. interioridade, análise vs. síntese, revelará que o produto da pesquisa é um momento da práxis do pesquisador (MINAYO, 2013, p. 360).

As entrevistas serão analisadas e os dados sistematizados serão confrontados com a revisão teórica, que objetiva verificar o cuidado em saúde mental com os usuários brasileiros e uruguaios, os quais são atendidos no CAPS II Casa Nova Vida, no município de Santa Vitória do Palmar.

A pesquisa iniciou no CAPS II Casa Nova Vida através de entrevistas com os profissionais e com os usuários. Posteriormente, no Departamento de Saúde do Uruguai e Hospital Psiquiátrico de Rocha, através de entrevista com profissionais.

A pesquisa se deslocou para Hospital Psiquiátrico de Rocha através do convite do entrevistado, pois atua nos dois serviços de Saúde Mental do Uruguai e salienta a importância de conhecer a rede deste país.

Para a análise e interpretação dos dados foi utilizada a proposta operativa de Minayo, que contribui para ordenação, classificação e interpretação da pesquisa.

6 MOVIMENTO QUE ATRAVESSA FRONTEIRA NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CHUÍ/BRASIL E CHUÍ/URUGUAI

A pesquisa buscou olhar a mobilidade humana dos sujeitos que buscam melhor atendimento em saúde mental no extremo sul do Brasil. Assim, as barreiras, as fronteiras e os territórios tornam-se solidárias, fraternas e unidas para garantir o direito à Vida, isto é, a qualidade de um atendimento que garanta os princípios da Reforma Psiquiátrica – liberdade.

Destaca a importância do tempo/espaço para a construção histórica do movimento neste território para desvendar os caminhos trilhados dos profissionais, dos usuários e da comunidade para a consolidação de serviço – CAPS II Casa Nova Vida – para a transformação por uma revolução passiva na construção de um novo modelo de cuidado em saúde mental.

Evidencia a necessidade de rever o processo histórico, com o intuito de compreender o processo da mobilidade humana no cuidado em saúde mental neste território.

6.1 Processo histórico

> "É nesse ponto que devemos definir o nosso caminho. Se preferimos permanecer na obscuridade, ou se queremos estar presentes e mudar na prática a nossa vida" Franco Basaglia

Compreender o processo histórico do cuidado em Saúde Mental no município em Santa Vitória do Palmar é de extrema importância para identificar as mudanças de paradigmas neste território. Segundo Gramsci (1977, p. 873)

> Toda a fase histórica deixa os seus traços nas fases posteriores; e estes traços, em certo sentido, tornam-se o seu melhor documento. O processo de desenvolvimento histórico é uma unidade no tempo, pelo qual o presente contém todo o passado e o passado realiza no presente o que é 'essencial' sem resíduo de um "incognoscível" que seria a verdadeira 'essência'.

Assim, o cuidado especializado em Saúde Mental tem início no município de Santa Vitória do Palmar, em 06 de setembro de 1995, com a finalidade de atender egressos de hospitais psiquiátricos que chegavam aos municípios de Santa Vitória do Palmar e Chuí e não tinham acolhimento, uma vez que retornavam logo aos hospitais, sem melhora no sofrimento psíquico (TERRA, LIMA, AMARAL, KANTORSKI, 2010).

O CAPS II Casa Nova Vida iniciou em 06 de setembro de 1995, sua atividade numa casa alugada, sendo construída com doações da comunidade e utensílios que a Prefeitura não usava mais. Contou também com a ajuda dos próprios usuários, da equipe de quatro funcionários, amigos e familiares – não possuía recursos financeiros próprios, somente sendo cadastrado no SUS em 2003.

> Alugamos uma casa, vamos fazer, vamos fazer, não programamos nada, não tinha nada no papel, não tinha nada escrito, não tinha nada, tinha uma vontade nossa... (PBI) Acho que o CAPS é como uma criança que nasceu que foi sendo cuidada engatinhou, caminhou e cresceu, a trajetória foi esta, não foi nada planejado… (PBI)

A criação deste serviço em Saúde Mental no município de Santa Vitória do Palmar vem a partir da iniciativa de profissionais que acreditavam em outra forma de cuidado, mais eficiente e humana que a então adotada.

Segundo Semeraro (1999, p. 64):

> no interior dos movimentos sociais que os trabalhadores são chamados a criar o seu projeto de sociedade e começam a ensaiar práticas novas de poder e de política que estabelecem relações dialéticas entre intelectuais e povo, dirigentes e dirigidos, introduzindo formas de vida totalmente diferentes das acomodações reapresentadas pelos métodos da 'revolução passiva'.

Este serviço foi criando novas formas de tratamento em Saúde Mental - cuidado no território entre elas a permanência dos vínculos com a comunidade e a família, proporcionando uma revolução passiva no território. Assim, o CAPS cria no ambiente uma oposição à hegemonia médica e hospitalocêntrica, ao buscar um cuidado mais humanizado.

> torna a verdadeira morfologia da luta política na época atual entre as classes dominantes que se recompuseram no poder e os "agrupamentos progressivos" subalternos que tentam reformular suas estratégias da nova concepção de hegemonia (SEMERARO, GRAMSCI, 1999, p. 65).

A partir do estudo, apresenta-se a importância do trabalho, no território, para a desmitificação da "loucura".

> Alugamos uma casa no nome de uma funcionária, pois as imobiliárias não queriam alugar uma casa para os "loucos" tinham medo (PBII). Assim, iniciamos o trabalho para conseguir o apoio da comunidade... no começo houve certo medo, mas depois no dia-dia toda a

> comunidade se encantou, visitavam. A gente utilizava muito o espaço público, através dos passeios e dos eventos estávamos sempre presentes, a comunidade adotou os filhos diferentes (PBIII), Uma vez queriam fechar o CAPS, pois não dava lucro, conversamos com a comunidade e conseguimos mais de 3.000 assinaturas numa noite, entenderam a importância do nosso trabalho (PBII).

Ressalta que mudança de paradigma não depende apenas da equipe ou dos usuários, mas, da tomada de consciência de toda a comunidade, desmitificando o significado da loucura.

Há a necessidade de aproximar a comunidade e os usuários. “Conseguiu-se que a comunidade e a família começassem vê-los diferentes, sem medo e sem vergonha. Foi o passo mais importante” (PBII).

O desafio deste serviço, em consolidar o cuidado em Saúde Mental neste território, todavia, não era apenas o apoio da comunidade, mas a garantia de todas as necessidades humanas básicas presente neste sujeito em sofrimento psíquico.

Conforme Basaglia (1979, p. 17):

> Havíamos já entendido que a pessoa doente tem como primeira necessidade não só a cura da doença, mas muitas outras coisas. Necessitava ter um relacionamento humano com quem a tratava. Precisava ter respostas reais para o seu ser. Precisava de dinheiro, de uma família e de tudo aquilo que nós como médico que os tratamos também precisamos. Essa foi a intervenção. O doente não é apenas um doente, mas um homem com todas as suas necessidades.

Há necessidade de construir um serviço que responda a todas as demandas dos usuários como alimentação, moradia, vestuário e entre outros, para que, de fato, construa a reabilitação psicossocial.

> Não havia empenho para fazer as compras da alimentação, não havia nada naquela época, nós íamos ao mercado e comprava com caderneta e no fim do mês pagava (PBI), Quando não tinha dinheiro, íamos pedir frutas e verduras no mercado que iriam colocar fora, também íamos ao frigorífico pegar a doação de carne... (PBII), Fazíamos feiras de artesanato para gerar uma fonte de renda para eles, para custear a alimentação e a medicação (PBIII), A gente arrumava à roupa, a casa, a moradia, a alimentação, cuidava o usuário em todas as suas necessidades (PBIV).

Assim, é preciso visualizar e compreender o sujeito em suas necessidades humanas básicas, que são considerados como algo fundamental, principal, primordial que é a sustentação indispensável e fecunda

para o direito à vida (PEREIRA, 2007), ou seja, o direito a habitação, a alimentação e a saúde.

Pois não há como cuidar a saúde e/ou a saúde mental, se não cuidar o sujeito em sua integralidade e sua impessoalidade, para que possa efetivamente construir uma nova ordem social.

Há a necessidade de mobilizar a família no cuidado deste sujeito, segundo Basaglia (1979, 30), "no grupo social, procurando mostrar a esse grupo quem é a pessoa que está voltando para ele", assim, transforma e empodera a família e a sociedade sobre o modo de olhar a este indivíduo.

> Havia muita resistência da família, tinha que orientar para cuidá-lo no turno que o CAPS não abria (PBIV), Não havia horário, começava a trabalhar às 7h e íamos até meia-noite se necessário, para ajudar a família no cuidado (PBII), Tivemos vários usuários em cárceres privado em Santa Vitória do Palmar, um vivia trancado como animal, a mãe dava comida como galinha - jogando para dentro da peça, atrás das grades, teve diversas internações. Depois que iniciou o tratamento no município nunca mais internou. (PBII).

Este serviço rejeitou a lógica do manicômio, transformando a vida do “doente”, ou seja, possibilitou o acesso digno à comida, bebida, moradia, rejeitando todas as formas de visavam à vigilância, prisão, o acesso limitado e a privação de sua identidade cultural, social e econômica.

O CAPS, no município de Santa Vitória do Palmar, realizou uma revolução passiva no território, transformando as formas de cuidado, a comunidade e principalmente a qualidade de vida deste sujeito. “A esperança deve estar em nós como expressão das nossas contradições, porque o outro, o doente, é outro de nós” (BASAGLIA, 1979, p. 31).

O cuidado em Saúde Mental expandiu o seu atendimento, tornando-se referência do município de Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai.

> Como é o único serviço da região, acabamos atendendo os dois lados da fronteira (PBI), O atendimento dos uruguaios, muitos anos de faz e sempre teve (PBII), os uruguaios sempre tiveram acesso a casa, todo mundo é atendido, não houve restrição a nada nem de raça, de nacionalidade... Todo mundo era atendido (PBIII), Quem precisa de atendimento, nós atendíamos... não importava a nacionalidade (PBIV).

O serviço se consolidou e transformou suas práxis no cuidado em Saúde Mental, modificando as barreiras globais e territoriais em redes sociais de promoção de saúde e de bem-estar social.

6.2 Redes em Saúde Mental

A Constituição Federal de 1988 estabelece direitos individuais e coletivos, tais como: o direito universal à saúde é dever do Estado de assegurar - através do Sistema Único Saúde (SUS).

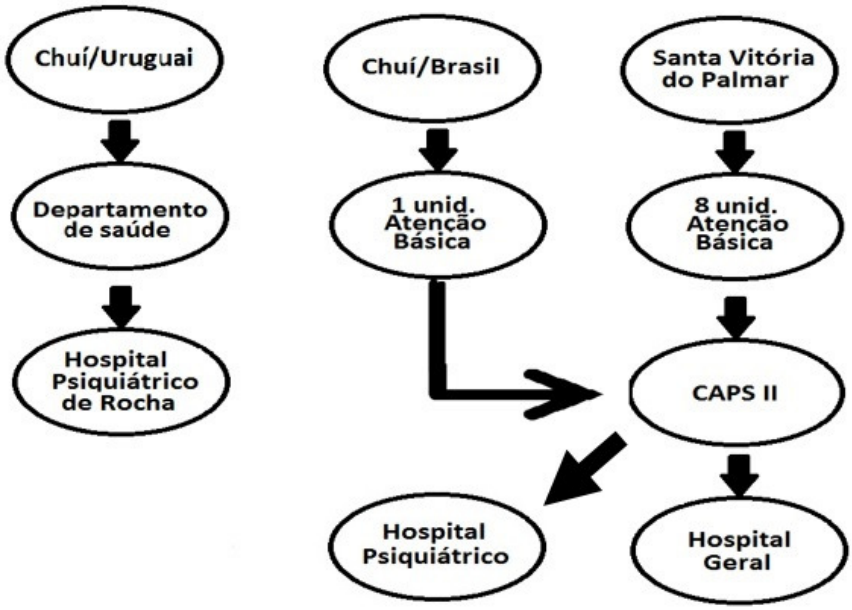
O SUS tornou-se um marco histórico no direito à saúde, por exemplo: tornou o sistema universalidade, gratuidade e descentralização. Como pontos fundamentais para a implantação deste sistema, além da descentralização com princípio de rede estabeleceu relação de vínculos sociais entre organizações (JUNQUEIRA, 2000).

Assim, proporcionou, no contexto local, mecanismos de saúde pública através das características populacionais. Segundo Trevisan e Junqueira (2007), a saúde ganhou uma dose de humildade, isto é, transformou o território de acordo com suas necessidades.

A República Oriental do Uruguai, em relação ao direito à saúde, estabelece, no artigo 44, a competência geral ao Estado. E, quando orienta a política com a saúde, também estabelece que o dever do cuidado à saúde seja obrigação do Estado. Este deve garantir a atenção gratuita a todos os habitantes do país que carecem de recursos financeiros para a sua assistência. A proteção da saúde é um direito de todos os habitantes residentes neste país (artigo 1º) e organiza os princípios recorrentes ao Sistema Nacional Integração (SNIS), no Uruguai.

Desta forma, a necessidade de visualizar a rede de saúde pública, nos países pesquisados, é de extrema importância para compreender a mobilidade humana do universo estudado. A figura abaixo apresenta a rede pública de saúde nos dois países:

Figura 2 – Fluxograma demonstrativo da rede de cuidado em saúde mental dos municípios pesquisados



Fonte: Dados pesquisa "Globalização, Território, Fronteira – desafio da Mobilidade Humana no cuidado em Saúde Mental na zona de fronteira entre Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai".

O SUS fundamenta-se em ações e serviços que integram uma rede regionalizada e hierarquizada. Constitui um sistema único, organizado, descentralizado, que presta atendimento integral, a partir da priorização de atividades preventiva.

Neste sentido, a Atenção Básica privilegia, conforme Pacto pela Vida:

> A Política Nacional de atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (...). Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006, p.12).

A Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo, constituindo-se como porta de entrada preferencial do SUS, sendo ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde.

O município de Santa Vitória do Palmar e do Chuí/Brasil possui Unidade Atenção Básica e fortalece o cuidado em saúde mental, segundo Cordeiro (2008), todo o problema de saúde é também - e sempre - mental e toda saúde mental é também produção de saúde. A pesquisa apresenta distintas formas de cuidado na rede.

> A Unidade Básica de Saúde do Chuí - aceita melhor o sofrimento psíquico, dentro de seus espaços institucionais, tem pessoas bem atrapalhadas que são atendidas lá e nunca vieram ao CAPS, fazem

> medicação de depósito (PB1), entretanto, Em Santa Vitória do Palmar a maioria dos profissionais da saúde nunca entrou no CAPS, encaminham pessoas para cá, mas nunca vieram, tem certo receio, medo (PB1).

Assim, a pesquisa apresenta que, quando há um serviço especializado em Saúde Mental no município, a Atenção Básica apenas encaminha, sem fazer o acompanhamento deste sujeito. Todavia, o município que não possui um serviço especializado no seu território, tem que acompanhar e fazer o primeiro atendimento.

A distância entre Santa Vitória do Palmar e Chuí/Brasil – 20 km – apresenta a necessidade e a exigência do atendimento, isto é, a escuta e o acolhimento para posterior o encaminhamento para o município de referência em saúde mental.

Desta maneira, fortalece o compromisso e a responsabilidade destes profissionais, pois todos os serviços têm a capacidade de atender o usuário em sofrimento psíquico.

A partir da aprovação da Lei Federal 10.216, que reorganiza os princípios da reforma psiquiátrica, em sua vertente assistencial, vem orientando a implantação dos serviços substitutivos, ou seja, CAPS.

Os CAPS são considerados estratégias na organização da rede, integrando a rede do SUS e são regulamentados pela Portaria n°336/GM de 19/02/2002, que normaliza seu funcionamento conforme a modalidade:

CAPS I: estão previstos para municípios com a população entre 20.000 e 70.000 habitantes, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira e atendem pessoas com transtornos mentais severos e persistentes;

CAPS II: estão previstos para municípios com a população entre 70.000 e 200.000 habitantes, devem funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro turno que funcione até às 21 horas. Atende pessoas com transtornos mentais severos e persistentes;

CAPS III: estão previstos para município com população acima de 200.000 habitantes, devem funcionar durante 24 horas, diariamente, noturno com no máximo 05 leitos para eventual repouso e/ou observação. A permanência de uma mesma pessoa no acolhimento noturno é limitada a 7 dias corridos ou 10 dias intercalados em um período de 30 dias;

CAPS i: estão previstos para município com população acima de 200.000 habitantes, devem funcionar das 8 às 18 horas de segunda a sexta-

feira, podendo ter um terceiro turno que funcione até as 21 horas. Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes;

CAPS ad: estão previstos para municípios com população acima de 200.000 habitantes. Devem funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro turno que funcione até as 21 horas. Atende pessoas com problemas de dependência química, seja álcool ou outras drogas.

O CAPS oferece três tipos de cuidado: Cuidados intensivos - trata-se de atendimento diário - oferecidos para pessoas em situação de crise ou dificuldade intensa no convívio social e familiar, precisando atenção contínua; Cuidados semi-intensivos, nessa modalidade a pessoa pode ser atendida até 12 dias no mês. São oferecidos quando o sofrimento e a desestruturação psíquica diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda precisa de atenção direta; Cuidados não-intensivos – oferecidos para pessoas que não precisam de suporte contínuo, podendo ser realizados três dias no mês.

Cabe enfatizar que o município de Santa Vitória do Palmar não possui o número de habitantes para ter um CAPS II, mas, como é referência em Saúde Mental do Chuí/Brasil, tornou-se - CAPS II Casa Nova Vida - com objetivo de atender os dois municípios.

Outra rede de extrema relevância é o processo de reestruturação da assistência hospitalar em psiquiatria. Nos últimos seis anos foram realizadas ações de fomento à implantação e qualificação de leitos de atenção integral em Hospitais[30]. Os municípios pesquisados possuem 12 leitos no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Santa Vitória do Palmar, a referência é realizada pelo CAPS II Casa Nova Vida.

> Hoje temos leitos no hospital geral e diminuiu o número de usuários encaminhados para hospital psiquiátrico, mas temos alguns entraves, pois exigem acompanhante 24 horas e muitas pessoas não tem família e nem dinheiro para pagar alguém. Assim, alguns conseguimos fazer internação domiciliar e outros ainda vão para hospital psiquiátrico, mas muito menos... muito menos que no início da CAPS" (PB1), Hoje temos leitos no hospital geral, mas existem

---

[30] Em 2009, o Ministério da Saúde publicou a portaria 2.629/09, que reajustou os procedimentos hospitalares para a atenção em saúde mental em Hospitais Gerais (BRASIL, 2009).

> regras dificultam a permanência dos usuários, pois o familiar deve ficar acompanhando o usuário e muitos não tem família e/ou trabalham (PB2).

Desta forma, o hospital psiquiátrico ainda é um serviço utilizado.

> A maioria das internações no hospital psiquiátrico, ainda é por ordem judicial, pois o dependente químico não deseja tratamento e o familiar procura a justiça (PB2), os pacientes com quadro psicótico faz muito tempo que não encaminham para hospital psiquiátrico, mas alguns usuários de álcool e droga quando a família não tem como cuidar aqui e a pessoa estão necessitando e/ou correndo risco de vida encaminham, mas muito pouco, muito pouco (PB1).

Assim, os hospitais psiquiátricos permanecem e são utilizados pelo sistema de referência do CAPS, mantendo um atendimento centrado na institucionalização e no saber biomédico.

No Uruguai, a segunda figura apresenta apenas a rede pública, ou seja, o sujeito não precisa contribuir. Destaca-se que todos os participantes da pesquisa somente têm acesso a essa rede de cuidado em Saúde Mental no Chuí/Uruguai.

O “Plan Nacional de Salud Mental de setiembre de 1986”, organiza o funcionamento para o desenvolvimento da Saúde Mental no país, através “formas de atención que mantegan al paciente en su lugar de residencia y en contacto con sus vínculos más sgnificativos" e "en el trabajo del equipo multi e interdisciplinario" (1986, p.11).

> La propuesta para dar prioridad a los objetivos planteados implica el desarrollo como estrategia para su logro, de un modelo asistencial centrado en la comunidad e integrado en el sistema sanitario general, que rompa radicalmente con la marginación del enfermo mental implícita, en mayor o menor grado, en el actual modelo centrado en los hospitales psiquiátricos (URUGUAI, 1986, p. 11)

Entretanto, a proposta não está sendo implantada "lejo de ser implantado" (PU1). O Chuí/Uruguai pertence ao Departamento de Rocha, que possui um Hospital Psiquiátrico com 20 leitos (10 leitos para sexo feminino e 10 leitos para sexo masculino) para toda a região, a qual possui nove cidades. Os pacientes que residem neste Departamento, isto é, Chuí/Uruguai, são atendidos apenas pelo psiquiatra duas vezes no mês, no Departamento de Saúde do Chuí/Uruguai.

> Trabajo de 20 años en el campo de la salud mental, sirve en el hospital psiquiátrico del Rocha y aquí, pero es sólo yo, ya que el país está en crisis, cuando hay corte de financiación y siempre en los programas sociales (PU1) Soy una trabajadora social hospital Psiquiátrico de la Rocha y el equipo interdisciplinario debe seguir a los pacientes el interior, pero hace cinco años que terminó el programa, sólo el psiquiatra se reunirá dentro del Departamento de Salud del Rocha (PU2).

Deste modo, a pesquisa demonstra a dificuldade de execução do “Plan Nacional de Salud Mental do Uruguai”, que permanece numa política centrada no saber médico e estritamente ligada ao Hospital Psiquiátrico.

Enfim, cada país possui sua organização de Saúde Mental através do Plano Nacional de Saúde Mental do Uruguai e da Lei 10.216/2001 no Brasil. Entretanto, a rede, de acordo com o Sistema Integração Saúde Fronteira (SIS-Fronteira), não está sendo implantada.

> Sé que los acuerdos, pero no se está aplicando" (PU1) "No hay aplicación de los acuerdos, porque la carga no tiene ningún interés político en el campo de la salud y salud mental" (PU2) "desconheço o acordo e o que pretende (PB1).

Conforme os entrevistados, os acordos binacionais seriam:

> Con respecto a la salud mental, hospital psiquiátrico Rocha sería Referencia CAPS II Casa Nueva Vida, porque disminuye distancia entre los municipios" (PU 1) "Yo participado en algunas discusiones de colaboración entre el Hospital de la Rocha y el municipio de Chui / Brasil y Santa Vitória do Palmar, pero no se firmó (PU2).

É evidente que as políticas públicas são planejadas e articuladas verticalmente, pois, por estes dois países possuírem práticas distintas em cuidado em Saúde Mental, não há possibilidade de acordos.

Contudo, a rede possibilita alternativas mais eficientes para enfrentar a verticalização das políticas públicas, conforme Trevisan e Junqueira, “a 'linguagem' no meio mais eficaz para gerar 'vínculos' interorganizacionais” (2007, p. 883).

> A operação em rede não significa apenas incentivar a conexão, bem definida do ponto de vista federativo, entre a instância de poder federal, estadual e municipal; também, não implica apenas em definir os precisos limites das tarefas, sem invasões ou ”conflitos de fronteiras” entre os poderes de Estado (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007, p. 901).

O modo pelo qual o acesso a um direito é exercido em rede, ou seja, pelo planejamento, pela oferta e pela realização deste acesso, transforma e recria novas formas de rede de relação entre indivíduos, grupos e organizações que constituem a comunidade, isto é, rede social.

As redes sociais têm como intuito articular pessoas e instituições que se comprometem a superar de maneira integrada os problemas sociais. Assim, a rede social é entendida como o campo presente em determinados momentos, estruturada por vínculos entre indivíduos, grupos e organizações construídas ao longo do tempo (MARQUES, 1999).

A rede é um fato social, mas também uma oportunidade de reflexão sobre o social e as práticas cotidianas, sendo um espaço de organização dos sujeitos.

> O CAPS atende no lado do Uruguai, nunca tivemos problemas, já passei com a ambulância do Chuí/Brasil e a Kombi do CAPS, não existe problema nenhum passar para lá, porque o Chuí/Uruguai passa para o lado brasileiro quando precisa, quando acontece um acidente a ambulância da Comero e do Departamento de Saúde Chuí/Uruguai (PB1), Se alguém precisar de atendimento no lado uruguaio a gente atende (PB2).

As barreiras geográficas transformam-se em espaços de mobilidade, de cuidado e de atenção psicossocial. Cabe destacar a localização onde se encontra o objeto da pesquisa e a necessidade de pensar que estes municípios estão no extremo sul, conforme o mapa (anexo IV).

> No espaço territorial das fronteiras internacionais, seja linha, área ou faixa de fronteira, e especialmente nas denominadas cidades gêmeas, o questionamento a respeito da cidadania e da garantia de direitos sociais é ampliado por duas razões – são regiões usualmente distantes dos circuitos nacionais e espelham as similitudes e as contradições entre os países. Configuram-se como espaços territoriais onde coexiste a confluência das distinções quanto ao atendimento às condições existenciais básicas, os limites dos direitos pensados em relação aos Estados nacionais decorrentes da precariedade das políticas públicas e pactos inovadores entre os países que colocam em evidência o fenômeno da desnacionalização, como os acordos vicinais e as áreas de livre-fronteira (NOGUEIRA E SILVA, 2009, p. 87):

Os municípios pesquisados encontram-se extremamente isolados e sem nenhum acordo de integração das políticas públicas, entre os países Brasil/Uruguai. Entretanto, neste território, transformam suas práxis em ações concretas de união.

> Eu já respondi para um usuário que teve uma Ordem Judicial de Internação no Uruguai, ele é brasileiro e reside no Uruguai, respondi que estava em tratamento no CAPS e eles consideraram, não temos nada no papel, nada acordado, nada oficial, não temos nada (PB1).

A comunidade que reside neste território recria novas redes sociais, sem haver acordos firmados, mas através das necessidades e da horizontalidade da ação profissional.

> a rede é uma construção coletiva e que ela se define à medida que é realizada. Sua verdade está na sua concretização, na superação das determinações sociais mediante o estabelecimento de parcerias entre sujeitos individuais ou coletivos, mobilizados por objetivos construídos e apropriados coletivamente, para a construção de uma nova realidade social. (JUNQUEIRA, 1999, 64).

A rede social constrói novos laços de interação entre os familiares, os amigos e o trabalho.

> Uma amiga que morava na frente da minha casa percebeu que não melhorava com o tratamento no Uruguai, me levou para CAPS e comecei a melhorar (UU1), Uma amiga da minha mãe, me informou sobre o CAPS e disse que era bom o atendimento, não tinha vontade fazer nada (UU2), Falei para minha mãe que estava me sentindo muito sozinha, que precisava ir para algum lugar para conversar. A mãe conversou no Posto de Saúde do Chuí/Brasil, o carro da prefeitura começou a me levar e trazer todos os dias do Chuí/Brasil para CAPS em Santa Vitória do Palmar (UU3).

Nesta perspectiva, a rede social não é apenas a construção de uma realidade de vínculos, mas, também, a forma de verificar e entender a realidade social. Por isso, a rede pode resultar num saber intersetorial e transetorial, que transcende as relações intersetoriais na construção de novos saberes e de novos paradigmas (JUNQUEIRA, 2000).

Contudo, a rede social construiu, neste território, um novo caminho de cuidado em Saúde Mental, indiferente ao espaço de fronteira, mas no caminho de um cuidado em liberdade.

6.3 Cuidado em Liberdade

A reforma psiquiátrica brasileira rompe com o imaginário social calcado no preconceito/rejeição em relação à loucura e, além disso, busca um cuidado

com liberdade. É importante apresentar a trajetória de tratamento dos usuários da pesquisa, no cuidado em saúde mental, conforme a figura 3:

Figura 3 – Histórico de internação dos entrevistados

Fonte: Dados pesquisa "Globalização, Território, Fronteira – desafio da Mobilidade Humana no cuidado em Saúde Mental na zona de fronteira entre Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai".

A mobilidade humana em busca do cuidado em Saúde Mental, tornam evidente a importância do CAPS na transformação de um novo paradigma de atenção psicossocial, que visa à liberdade, a territorialidade e a cuidado humanizado.

> O CAPS é o melhor atendimento, o tratamento é de outra maneira (UU1) O CAPS é melhor, me deixam sair, é livre, pode sair, não é como Rocha o dia inteiro fechado (UU2) O CAPS é melhor, me sinto acolhida, foi uma porta aberta, alguma pessoa se importa comigo (UU3), Quero ficar quieto no CAPS, me deixe aqui (UB1).

Porém, é importante observar as formas de tratamento em Saúde Mental no Uruguai, centrado no hospital psiquiátrico, "Es una locura el cierre de los hospitales psiquiátricos" (PU1). Apresenta a necessidade desta instituição para manter o controle e a ordem. Conforme Machado (1978, p. 432), “Não há cura sem isolamento, o que implica que todo tratamento deve ser asilar”.

Nos hospitais psiquiátricos as relações perpetuam com o sujeito sem direitos, submetido ao poder da instituição – médico – com “saber” de afastar e de excluir. Segundo Basaglia (1985, p. 108), "que tal exclusão ou expulsão da sociedade resulta antes da ausência de poder contratual do doente".

O médico psiquiátrico, que atende duas vezes ao mês, no Departamento de Saúde do Chuí/Uruguai, realiza o atendimento aos "loucos" através do uso da medicação e atendimento individual, “A medicalização é fundamentalmente uma experiência de ordem, mesmo quando incapaz de curar a alienação” (MACHADO, 1978, p. 443).

As formas de cuidado estão ainda no uso da medicalização, no tratamento asilar e no tratamento do uso do eletrochoque.

> En Chuy / Uruguay no tienen nada, pero Rocha tienen electrochoque que para frenar los más activos (UP1), aquí está la quincena máxima, con el uso de las drogas y si el uso de electrochoque necesario (PU2).

Reafirmando a fala de Basaglia (1985, p. 101) “Tais instituições podem ser definidas como instituições da violência”.

Retratado na fala dos pesquisados:

> Nunca mais, Rocha é o pior lugar, meu marido me tirou sem permissão do médico, pois percebeu que estava pior, usava um remédio com efeito colateral que não conseguia caminhar (UU1), A primeira vez em Rocha, fiquei chocada, pois não tinha caído a ficha que estava mal (UU2), Eu estive muito mal, cheguei a tomar onze medicamentos no Uruguai, hoje no CAPS uso quatro medicamentos (UU3), Não posso voltar para lá, porque não tenho o carnê, o documento do hospital do Chuí/Uruguai, não me levam e se sacar o carnê capaz de me levar para lá (UB1)[31].

Por isso, a escolha pela liberdade, conforme Basaglia (1979, p. 72):

---

[31] O Usuário é brasileiro reside no Uruguai, mas não possui nenhuma documentação deste país, estava apreensivo quando falava sobre o Hospital Psiquiátrico de Rocha. Também a necessidade de uma documentação Uruguai para conseguir atendimento.

> Quando um homem é livre tem a posse de si mesmo, tem a posse da própria vida, e, então é mais fácil combater a loucura. Quando falo em liberdade, falo de liberdade para a pessoa trabalhar, ganhar e viver, e isso já são uma luta contra a loucura.

O CAPS II Casa Nova Vida proporciona o direito à vida, ou seja, a possibilidade deste sujeito reescrever sua vida, na garantia de um direito básico – a liberdade.

> Ocuparam um espaço que realmente tinham direito e ninguém permitia como entrar numa loja e serem atendidos. (PBIII). O direito de ser como são e tratados com respeito" (PBIII), "Fico muito feliz de saber que eles têm um lugar para serem acolhidos, tratados, reintegrados de novo, eu passei por isso, fui internada no hospital psiquiátrico e diagnosticada sem capacidade de cuidar os meus filhos e consegui, venci, criei meus filhos, trabalhei, dei muito amor e recebi muito mais amor (PBIII).

Este novo modelo, cuidado através dos serviços substitutivos, vem modificando as formas de tratamento em Saúde Mental no Brasil, através de amplo processo de mobilização e conscientização sobre o sofrimento psíquico. Conforme Amarante (2000, p. 158):

> Desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva e sociocultural são metas radicais no modo psicossocial, por oposição a hospitalização, medicalização e objetivação, que são elementos componentes deste parâmetro no paradigma asilar.

Os sujeitos, em sofrimento psíquico, criam novos caminhos em busca de cuidado em Saúde Mental, independente do território e/ou da fronteira, mas que garanta o direito à vida e a liberdade.

6.4 Movimento que atravessa fronteiras

A mobilidade humana em busca do cuidado em saúde mental é de fato uma realidade neste território pesquisado, assim o sujeito desloca-se em busca de melhor atendimento, indiferente ao território. Ou seja, é um movimento que atravessa fronteiras.

Este movimento busca um melhor atendimento, que satisfaça realmente a necessidade humana básica, isto é, direito à saúde. O direito à saúde

promove a igualdade (DALLARI, 2011), e é garantido pela Constituição Federal de 1988 no 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 a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 88).

Afirma a responsabilidade do Estado, dos gestores municipais e dos profissionais na qualidade do serviço e, principalmente, o atendimento às pessoas estrangeiras, mas que residem no Brasil.

As cidades pesquisadas possuem uma linha que divide dois países, duas políticas de saúde e duas formas de atendimentos. Oportunizam-se, neste espaço, novas alternativas e/ou escolhas de tratamento, e sempre o sujeito tem a possibilidade de decisão.

Criam-se, neste território, novas perspectivas de alianças, muitas vezes, distantes dos acordos internacionais, a partir da própria necessidade destes habitantes e principalmente da responsabilidade dos profissionais que atuam na área de saúde mental.

> A gente pede todas as documentações RG, CPF e entre outros, mas se o estrangeiro não possui nenhuma documentação vai ser atendido igual, pois o cuidado em saúde mental, como qualquer outro cuidado, não pode está atrelado a um papel (PBI).

Desta forma, este território constrói e desconstrói o conceito atual de fronteira, ou seja, ligada ao medo, à xenofobia, ao racismo e ao terrorismo.

> Um muro administrativo reforçado por segmentos de barreiras fronteiriças vem cingir o espaço de livre-circulação e limitar, portanto, o alcance desse ideal. Os dispositivos de fechamento, ao contrário, multiplicaram-se por meio das restrições à entrada no território e da edificação de barreiras (ROSIÈRE, 2015, p. 372).

Todavia, cria novas relações, isto é, desconstrói a teoria de conflito na fronteira, com isso, busca um lugar essencial de alteridade (MARTINS, 1996) e transforma a realidade em singular.

No primeiro momento é um lugar de encontro de diferentes culturas e etnias. De um lado os uruguaios e de outro os brasileiros, mas que buscam, na diferença e no conflito da fronteira, um espaço de descoberta do outro, de parcerias, de escolhas e de alternativa.

A fronteira é o desencontro de temporalidades históricas, pois cada um desses grupos está situado diversamente no tempo da história, por isso, a

fronteira tem sido cenário de encontros extremamente similares e também é espaço de novas alternativas e parcerias entre sujeitos e países.

> A fronteira só deixa de existir quando o conflito desaparece, quando os tempos se fundem, quando a alteridade original e mortal dá lugar à alteridade política, quando o outro se torna a parte antagônica do nós. Quando a História passa a ser a nossa História, a História da nossa diversidade e pluralidade, e nós já não somos nós mesmos porque somos antropofagicamente nós e o outro que devoramos e nos devorou (MARTINS, 1996, p.27).

Contudo, a pesquisa apresenta claramente uma nova concepção de fronteira, ou seja, que garante o direito à vida, à saúde, à mobilidade de acesso às políticas sociais e deslocamento entre os países, transformando barreiras enraizadas de conflitos e distinção em espaços de solidariedade, de cuidado e de atenção, além de criar uma nova história neste território.

Enfim, a pesquisa demonstra que, a mobilidade humana em busca do cuidado em Saúde Mental em zona de fronteira entre Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai, está intimamente ligada a um cuidado em liberdade e ressalta a importância do CAPS II Casa Nova Vida que transformou o cuidado em saúde mental, neste território, garantindo o acesso a uma saúde que prisma os valores da Reforma Psiquiátrica independente da nacionalidade do usuário.

7 Considerações Finais

A mobilidade humana é um fenômeno complexo e desafia países que apontam as contradições das relações internacionais e dos efeitos da globalização. Assim, há a necessidade de afirmar o direito de ir e vir de todos os sujeitos em todos os territórios e nações.

Todavia, também é preciso repensar o espaço/tempo para descobrir o significado da mobilidade humana neste território e principalmente desvendar os motivos do deslocamento no cuidado em saúde mental em zona de fronteira, ou seja, Chuí/Brasil/Chuí/Uruguai.

A pesquisa demonstra que a mobilidade humana está intimamente ligada às necessidades humanas básicas e que o sujeito busca o melhor atendimento, indiferente do território.

Desta forma, a política de saúde mental do Brasil garante um acesso mais digno à pessoa em sofrimento psíquico, através de um amplo movimento da Reforma Psiquiátrica. Isto acarretou um novo olhar sobre o cuidado que visa à liberdade e à atenção psicossocial.

Entretanto, a política de saúde mental do Uruguai apresenta-se centrada no hospital psiquiátrico e no médico. Ainda utiliza práticas desumanas como eletrochoque e internações de longa permanência. Destaca o pensamento dos profissionais que acreditam nestas ações como cuidado e respeito aos usuários.

A saúde mental no Brasil vem transformando e recriando novas práxis de cuidado, voltada à qualidade de vida em comunidade. Desta maneira, a importância da pesquisa é, principalmente, olhar este espaço/tempo, isto é, a fronteira que é delimitada por uma rua que separa dois países, duas políticas e duas culturas.

Faz-se necessário entender o significado destes usuários, a rede de cuidado e, também, ressaltar a importância do CAPS II Casa Nova Vida na transformação deste paradigma de cuidado, ou seja, quando modifica o município, a cultura e a comunidade.

O CAPS II Casa Nova Vida cria uma nova rede de cuidado que abrange o Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai, pois consideram que o cuidado, a escuta, o acolhimento das pessoas que precisam não pode depender de sua origem e/ou da sua nacionalidade.

Este serviço cria uma nova perspectiva de cuidado – revolução passiva – no território. Garante o direito à vida e à saúde de todos os sujeitos em sofrimento psíquico.

Embora a política de fronteira seja ligada apenas as questões de segurança nacional, ou seja, barreira, proteção e fiscalização, este espaço pesquisado, transforma-se em solidariedade, parceria e união de gestores, de profissionais e de usuários no cuidado em saúde mental, criando neste espaço novas redes sociais.

Surge a necessidade urgente de haver, de fato, os acordos binacionais para realmente fortalecer e proteger os sujeitos em sofrimento psíquico e, também, para consolidar a parceria entre os países que apresentam políticas de saúde mental distintas, para que possam futuramente haver parcerias que garantam o direito a liberdade, a escolha e a vida.

Cabe destacar que todas as falas dos usuários que tiveram atendimento no Uruguai e no hospital psiquiátrico do Brasil e, atualmente, estão em atendimento no CAPS II Casa Nova Vida, revelam que a liberdade é a maior conquista deles no atendimento deste serviço.

A liberdade, uma palavra tão simples, carrega um significado enorme no campo da saúde mental e traz consigo os sentimentos, as emoções, a oportunidade de escolhas, o direito à vida de pessoas que foram e ainda são privadas de sua casa, da sociedade e do mundo.

Desta forma, a Reforma Psiquiátrica é a bandeira carregada todos os profissionais do CAPS II Casa Nova Vida, isto é, a liberdade como direito de todos os cidadãos independente de sua nacionalidade, de sua localização no mundo, mas o direito à vida, ou seja, a saúde, a moradia, a alimentação, a escolhas e entre outros.

Este serviço supera suas práxis de cuidado e rompe barreiras e divisas que eternamente estão sendo discutidas. Garante, de maneira efetiva, o direito ao acesso a todos os sujeitos em sofrimento psíquico.

Assim, o objetivo do trabalho foi analisar as influências da mobilidade humana, no cuidado em saúde mental na zona de fronteira, entre Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai foi alcançada, sendo demonstrada pelos resultados da pesquisa que esta prática de cuidado é consolidada através de um tratamento, que busca o respeito, a humanização e a liberdade como princípios básicos para “cura” do sofrimento psíquico.

Enfim, o território pesquisado transforma suas práxis em solidariedade, amizade, parceiras, respeito, liberdade e direitos - através do CAPS II Casa Nova Vida - num espaço de igualdade e de acesso a todos que dele necessitam indiferente de sua origem, mas a partir da necessidade humana.

REFERÊNCIAS

ALGER J, POSADA F, KENNEDY A, MARTINELLI E, CUERVO L. **Sistemas nacionales de investigacion para La salud en América Latina: una revision de 14 paises**. Rev. Panom Salud Publica/Pan an/Public Health. 26(5), 2009.

AMARANTE P. **Ensaios: Subjetividade, saúde mental, sociedade**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2000.

ANDRADE, A. P. **Sujeitos e(m) movimentos: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes.** Teste de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. PPG Interdisciplinar em Ciências Humanas. Florianópolis, 2012.

ARAN D, LOC H. **Sistema de Salud de Uruguay**. Salud Publica Mex. 2013, 53 supl2: s265 – s274.

ASSIS M, JESUS W. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(11): 2865 – 2875, 2012.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. 2º ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. Tradução: Sonia Soianesi, Maria Celeste Marcondes. 2° ed. Brasil Debates, 1979.

_____. **A loucura na sala de jantar**. Organização e tradução: Jacques Delgado. Resenha Ltda: São Paulo, 1991.

BAPTISTA T. **Analise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde.** Cad. Saude Publica, Rio de Janeiro, 23(3): 615 – 626, mar, 2007.

BRASIL, Comissão Mercosul. **Comunicado de Imprensa.** Disponível em www.camara.gov.br/mercosul/index1.html. Acesso em 04 de junho de 2014.

BRASIL. **PORTARIA N°622 de 23 de abril de 2014** - Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0622_23_04_2014.html. Acesso em 10 de junho de 2014.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990** – Disponível em: http://www.parlamento.gov.br.

BRASIL. **Lei 8142 de 28 de Dezembro de** 1990 – Disponível em: http://www.parlamento.gov.br.

BRASIL. **Lei 10.216 de 06 de Abril de 2011** – Disponível em: http://www.parlamento.gov.br.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988** – Disponível em: http://www.parlamento.gov.br.

BÓGUS, L. **Globalização e migração internacional: o que há de novo nesse processo?.** In: DOWBOR, L; IANNI, O; RESENDE, P. Desafios da globalização. Petrópolis: Vozes, 1997.

BONTEMPO, C; NOGUEIRA, V. **Assistência à Saúde na fronteira com o Uruguai: Estratégias para qualificação de atendimento pelo SUS.** Revista Centro de Educação e Limites da Unioeste, Campus de Foz de Iguaçu, v. 13, nº1, p. 139-156. 2011.

BORGES, C; BAPTISTA, T. **O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008.

BARROS, S; OLIVEIRA, M; SILVA, **A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde**. Revista Esc. Enfermagem, USP, 2007.

CALLIMICOS, A. **Does Capitalism Need the State System?** Cambridge Review of International Affairs, London, v.20, n. 4, p. 533-549, 2007.

CAMPOS, G. **Saúde Paidéia**. São Paulo. Hucitec, 1998.

CASAROTTI, H. **Breve sintesis de la evolucion de la psiquiatria en el Uruguay.** Ver. Argentina de Psiquiatria. 2011, vol XXII: 296-306.

COSTA L, GADELHA C, BORGES T, BURD P, MALDONADO J, VARGAS M. **A dinâmica inovativa para a reestruturação dos serviços de saúde.** Rev. Saúde Publica: 46(supl): 76 – 82, 2012.

COSTA, N; SIGUEIRA, S; UHR, D; SILVA, P; MOLINARO, A. **Reforma Psiquiátrica, Federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 2011.

DALLARI, S. G. **A importância da formalização da política para a garantia do direito à saúde do doente mental.** Ciência & Saúde Coletiva, 2011.

_____. **O direito à Saúde.** Ver. Saúde Pública, São Paulo, 1988.

DELGADO, P. **Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 2011.

GADELHA, C; COSTA, L. **Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

GADELHA, C; MACHADO, C; LIMA, L; BAPTISTA,T. **Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(6): 3003-3016, 2011.

GIOVANELLA, L; GUIMARAES, L; NOGUEIRA, V; LOBATO, L; DAMACENA, G. **Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira nos países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

GONÇALVES, A. **O fenômeno migratório no mundo na conjuntura atual.** Porto Alegre, 2004.

GONÇALVES, R; VIEIRA, F; DELGADO, P. **Política de saúde mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009.** Rev. Saúde Pública, 2012.

GRAMSCI, A. **Maquiavel, a política e o Estado moderno.** 3ªed. Tradutor de Luiz Mário Gazzaneo. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira. 1978.

GUERREIRO J, BRANCO M. **Dos pactos políticos na saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(3): 1689 – 1698, 2011.

GUIMARÃES R. **Regiões de saúde e escalas geográficas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4): 1017 – 1025, jul – ago, 2005.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

HARVEY, D. **O direito à cidade.** Lutas Sociais, São Paulo, n. 29, p. 73-89, jul./dez. 2012.

_____. **Espaço de Esperança.** Spaces of Hope. Tradução de Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

_____. **Espaço de Esperança.** Spaces of Hope. Tradução de Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

_____. **Condições pós-moderna**. São Paulo: Ed. Loyola, 5° edição, 1992 (Tradução: Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves).

IBGE, Disponível em: http://www.ibge.gov.br Acesso em 03 de setembro de 2014.

IAMAMOTO, M. V. **Ensino e pesquisa no Serviço Social: Desafios na construção de um projeto de formação profissional.** Caderno ABESS, São Paulo, n. 6, Cortez, 1993b.

JUNIOR, B. B. **É preciso repensar o horizonte da Reforma Psiquiátrica**. Ciência & Saúde Coletiva, 2011.

JUNIOR, O. D. **O papel da psiquiatria na reforma psiquiátrica.** Ciência & Saúde Coletiva, 2011.

JUNQUEIRA, L. **Descentralização, intersetorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade**. Revista FEA-PUC-SP. São Paulo, 1999.

_____. **Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde.** Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 2000.

LANCETTI, A. **Saúde Loucura**. 2° ed. São Paulo: Hucitec, 1990.

LEN, Doyal; GOUGH, Ian. **A Theory of human need.** Lodon: Macmillanuk, 1991.

LIMA L, VIANA A, MACHADO C, ALBUQUERQUE M, OLIVEIRA R, IOZZI F, SCATENA J, MELLO G, PEREIRA A, COELHO A. **Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e políticos – institucionais.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(11): 2881 – 2892, 2012.

LUCENA, M; BEZERRA, A. **Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização.** Ciência & Saúde Coletiva, 2012.

MACHADO, R. **Danação da norma - medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro, 1978.

MARI, J. J. **Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Ciência & Saúde Coletiva, 2011.

MARQUES, E. **Redes sociais e instituições na construção do Estado e da permeabilidade.** Revista brasileira de ciências sociais, AMPOCE, 1999.

MARTINE, J. **A Globalização Inacabada: migração internacional e pobreza no século 21.** Revista fundação SEADE. São Paulo, 2005.

MARTINS, **José de Souza. O tempo da fronteira. Retorno à controvérsia sobre o tempo histórico da frente de expansão e da frente pioneira**. Tempo Social; Rev. Sociol. USP, S. Paulo, 8(1): 25-70, maio de 1996.

MARX, Karl. **O Capital**. Crítica da economia política. São Paulo: Boitempo. 2013.

MIELKE, F; KANTORSKI, L; JARDIM, V; OLSCHOWKY, A; SILVA, M. **O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais.** Ciência & Saúde Coletiva, 2009.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde**. 13° Ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2013.

_____ (org). **Pesquisa Social. Teoria, método e criativa**. 16° Ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02. Portaria MS/GM n.º 373**, del 27 de febrero de 2002. Brasilia: MS; 2002.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Disponível em: http://www.mps.gub.uy.

MITJAVILA M, FERNANDEZ J, MOREIRA Constanja. Propuestas de Reforma em salud y equidad em Uruguay: redefinicion Del welfare state. **Cad. Saúde Pública** Rio de Janeiro, 18(4): 1103 – 1120, jul – ago, 2002.

MONTEKIO V, AQUINO R. **Sistema de Salud de Brasil**. Salud publica de México, vol-53, suplement 2 de 2011.

MORTON, A. **A geopolítica do sistema de estados e o capitalismo global em questão.** Rev. Sociol. Polít., Curitiba, 29, p. 45-62, nov. 2007.

NOGUEIRA, V; SIMIONATTO, I. **Fronteiras Mercosul - Processo de Inclusão/Exclusão no Sistema Único de Saúde Brasileiro.** VII Congresso Luso- Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, Set. 2004.

NOGUEIRA, V; SILVA, M. **Direitos, Fronteiras e Desigualdades em Saúde**. Revista Em Pauta. 2009.

OLIVEIRA, M. **A mobilidade humana na tríplice fronteira: Peru, Brasil, Colômbia.** Estudos Avançados, 20 (57), 2006.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. **Apoyo para planera investigaciones sobre Estrategias para Extender la Proteción Social en Salud.** Disponível em: http://www.opas.org. Acesso em 12 de junho de 2014.

PEREIRA, M. F. **Território e política: práxis invertidas e desafio da existência**. Sociedade e Natureza, Uberlândia, 2011.

PEREIRA, P. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais.** 4° Ed. Editora Cortez, São Paulo, 2007.

PISÓN, J. **Política de bionestar: um estúdio sobre lós derechos sociales.** Madri: Tecnos, 1998.

PITTA, A. M. **Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas.** Ciência & Saúde Coletiva. 2011.

_____. **O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje?**. In: Pitta, A. M. (org) Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder.** São Paulo: Ática, 1993.

RIBEIRO C, RIBEIRO M, ARAÚJO A, MELLO L, RUBIM L, FERREIRA J. **O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil.** Rev. Panam Salud Publica, 28(1), 2010.

ROSIÈRE, S. **Mundialização e Teicopolíticas: Análise Do Fechamento Contemporâneo Das Fronteiras Internacionais.** BGG v. 42, n.2 - págs. 369-388 - MAIO de 2015.

ROTELLI F; DE LEONARDIS, Ota; MAURI D. **Desinstitucionalização**. 2° ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

SAMPAIO, J; GUIMARAES, J; CARNEIRO, C; FILHO, C. **O trabalho em serviço de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético.** Ciência & Saúde Coletiva, 2011.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização do pensamento único à consciência universal.** Editora Record, Rio de Janeiro e São Paulo, 22° edição: 2012.

_____. **A Natureza do Espaço.** Técnica e Tempo. Razão e Emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **O retorno do território.** In: SANTOS, M; SOUZA, M; SILVEIRA, M. Org. Território: Globalização e Fragmentação. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. **O papel ativo geografia um manifesto**. Revista Território, Rio de Janeiro, ano V, n°9, 2000.

SANTOS N. **SUS, políticas publicas de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas.** Ciência & Saúde Coletiva: 18(1): 273 – 280, 2013.

SEMERARO, G. **Gramsci e a sociedade civil.** Editora Vozes. Petrópolis, 1999.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SIMON, A; BAPTISTA, T. **O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil.** Cad. Saúde Pública: Rio de Janeiro, Nov. 2011.

SPOSATI, Aldaíza**. Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise**. 7° ed. São Paulo: Editora Cortez, 1998.

TERRA, G; LIMA, M; AMARAL, S; KANTORSKI, L. **O atendimento à crise no Centro Atenção Psicossocial.** Pelotas: Editora e Gráfica Universitária PREC – UFPEL, 2010.

URUGUAI. **Ley 18.211 del 05 de Diciembre de 2007** – Disponível em: http://www.parlamento.gub.uy.

URUGUAI. **Ley 18.131 del 05 de Diciembre de 2007** – Disponível em: http://www.parlamento.gub.uy.

URUGUAI. **PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL de Setiembre de 1986** - Disponível em: http://www.parlamento.gub.uy.

VALLADARES, L. **Os dez mandamentos da observação participante.** Rev. Bras. Ciê. Soc. Vol.22, nº63, São Paulo. 2007.

VIANA A, HEIMANN L, LIMA L, OLIVEIRA R, RODRIGUES S. **Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil.** Cad. Saude Publica, Rio de Janeiro, 18(suplemento): 139 – 151, 2002.

ZAMBERLAN, J. **O processo migratório no Brasil e os desafios mobilidade humana na globalização.** Porto Alegre: Pallotti, 2004. 179p.

APÊNDICE

Apêndice I

TRATAMENTO DOS DADOS

Tabela do cruzamento dos dados Política Saúde (*Health Policy*) e (*and*) Uruguai (Uruguay):

IDENTIFICAÇÃO	ANO	PAÍS	OBJETIVO	TIPO DE ARTIGO	RESULTADO
Aran D, Loc H. Sistema de Salud de Uruguay	2013	México	Descrever o sistema Uruguaio de saúde: estrutura, cobertura, fonte de financiamento, o nível, distribuição de gastos de saúde, recursos físicos, material e humano, informação, investigação, nível de participação e os cuidados de operação e evolução do sistema.	Revisão bibliográfica - dados do Ministério da Saúde do Uruguai	O texto traz o contexto geográfico, a condição de saúde, a estrutura e cobertura e que são os contemplados.
Alger J, Posada F, Kennedy A, Martinelli E, Cuervo L. Sistemas nacionales de investigacion para La salud en América Latina: una revision de 14 paises.	2009	Uruguai	Discutir as principais características do sistema nacionais de investigação para a saúde (SNIS) - 14 países América Latina.	Revisão Bibliográfica	Apresenta a população dos países. Destaca o Brasil 186,8 e Uruguai 3,3. Observa-se diferentes acordos e implantação em cada países. Apresenta informação útil para promover o desenvolvimento em cada caso e o fortalecimento dos SNIS, segundo a necessidade, p recurso e oportunidade de cada país.

Mitjavila M, Fernandez J, Moreira Constanja. Propuestas de Reforma em salud y equidad em Uruguay: redefinicion Del welfare state.	2002	México	Analisar uma revisão e uma análise da proposta da reforma do setor saúde no Uruguai	Revisão qualitativa – estudo exploratório	Surge a necessidade da reforma para um sistema de saúde integrado e equidade. Apresenta contradições no sistema de saúde, altamente estruturado, mas fragmentado, neste contexto, apresenta iniquidade existentes.

Tabela do cruzamento dos dados Política Saúde (Health Policy) e (and) Brasil (Brazil):

IDENTIFICAÇÃO	ANO	PAÍS	OBJETIVO	TIPO DE ARTIGO	RESULTADO
Santos N. SUS, políticas publicas de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas	2013	Brasil	Analisar a implantação e as diretrizes constitucionais regulamentados em 1990 pelas Lei 8080 e 8142, verificar a reforma sanitária.	Revisão bibliográfica	Os movimentos sociais que lutaram para garantia de saúde, a importância da reforma sanitária para implantação do SUS, da Lei 8080/90 e da Lei 8142/90, na consolidação da universalidade, descentralização, integralidade e regionalidade. "Somente a sociedade mobilizada pode acumular forças para mudar as políticas de Estado" (p. 279).
Costa L, Gadelha C, Borges T, Burd P, Maldonado J, Vargas M. A dinâmica inovativa para a reestruturação dos serviços de saúde	2012	Brasil	Desafios postos pelas mudanças demográficas e epidemiológicas e pela necessidade de redução dos custos têm exigido a reestruturação dos serviços de saúde.	Revisão Integrativa	Apresenta que a inovação tecnológicos e organizacionais em saúde podem trazer benefícios significativos para a reestruturação do sistema de saúde brasileiro. Assim, fortalecer a atuação do Estado visando propiciar o desenvolvimento de uma base endógema de inovação capaz de atender às demandas da população e articular virtuosamente a geração e incorporação

					tecnológica entre os autores envolvidos, atuando no sistema de situar a saúde como frente de inovação e temática central do estado de bem-estar.
Lima L, Viana A, Machado C, Albuquerque M, Oliveira R, Iozzi F, Scatena J, Mello G, Pereira A, Coelho A. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e políticos – institucionais.	2012	Brasil	Condições que favorecem ou dificultam o processo de regionalização da saúde nos estados brasileiros no período 2009 a 2010.	Revisão bibliográfica	Dificuldades para atuação regional nos estados decorrem do fato que eles muitas vezes, a integração dos serviços de saúde obedece a lógica territoriais da rede urbana que extrapolam suas fronteiras (municípios cujo territórios se relacionam com outros estados); poder político eleitoral (observado Nordeste); a longa distância precária rede transporte e comunicação (norte); a desigualdades inter e intra-regionais, marcadas pela alta concentração de recursos e tecnologias em algumas regiões. Desafio: Condição fundamental para ampliar e assegurar o acesso da população aos serviços de saúde de diversos tipos, conforme as diretrizes SUS da universalidade e integralidade.
Assis M, Jesus W. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise	2012	Brasil	Pretende discutir o acesso na formulação e implementação de políticas públicas e no seu potencial para mudanças na organização do Sistema Saúde. Identificando avanços na	Revisão bibliográfica	Uma analise na dimensão: política - pactuação entre instâncias, a participação social, o acompanhamento do processo e a tomada decisão; econômico social - rede pública nos níveis de complexidade (barreiras sociais, econômicos, culturais e físicas); organizacional - fluxo de

			diminuição das iniqüidades e na ampliação do acesso na rede SUS.		atendimento, barreiras geográficas, regulação/referência/contra-referências/avaliação; técnica - integralidade de atenção acolhimento, vínculo, competência, habilidade AUTONOMIA, compromisso, projeto terapêutico compartilhado (equipe e usuário), qualidade de atenção; simbólica - processo saúde-doença, curatela, crenças, valores, subjetividade.
Montekio V, Aquino R. Sistema de Salud de Brasil.	2011	México	Trabalho descreve o sistema de saúde no Brasil.	Revisão bibliográfica	Setores de saúde (público e privado), financiamento, fundo, compradores (descentralizado), provedores (serviços), usuários.
Guerreiro J, Branco M. Dos pactos políticos na saúde.	2011	Brasil	A política de pactuação do Sistema Único de Saúde (SUS)	Revisão bibliográfica	Evidencia as raízes da política de pactuação na saúde, mostrando-se como estão articuladas ao movimento de reestruturação do próprio Estado brasileiro, ocorrido nas últimas décadas do século XX, por meio da reconstrução da democracia do federalismo e da Reforma do Estado. Pacto pela saúde: o processo de descentralização política-administrativa, a criação de instâncias e decisão e pactuação e o estabelecimento da Programação Pactuada Integrada (PPI). A afirmação de Trevison e Junqueira "A construção do 'pacto de gestão' poderá dar outra operacionalidade ao Sistema Único Saúde (SUS).

					Não é 'somente milagroso', nem terá o poder de superar as dificuldades operacionais da rede. Iniciou a construção do “pacto” é exatamente, assimilar uma outra forma de superação das dificuldades das ações em rede do SUS”.
Ribeiro C, Ribeiro M, Araújo A, Mello L, Rubim L, Ferreira J. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil.	2010		Realizar levantamento histórico das ações de reabilitação no contexto do Sistema Único Saúde (SUS).	Pesquisa de material publicado em 1980 e 2009 nas bases de dados Scielo, Lilacs e Medline. Também, foram pesquisados as leis federais e os manuais do Ministério da Saúde.	Muitos municípios ainda não são capazes de garantir o direito universal e integral à saúde. As ações de reabilitação são precárias, sem apoio de uma política adequada e integral. Cabe destacar, que houve avanços concretos no sentido de ampliar o atendimento à população com necessidades especiais.
Baptista T. Analise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde.	2007	Brasil	Avançar na reflexão sobre a condição nacional da política de saúde no Brasil e os principais obstáculos na operacionalização da reforma.	Realizada classificação e analise das portarias do Ministério da Saúde coletadas no período 1990 a 2002.	As portarias nos permitem questionar o quanto o Ministério tem conseguido atuar na construção de uma política nacional de base mais sólida e expressa é um esforço grande na regulamentação de estratégias de curto prazo em atenção às propostas políticas de cada gestão de governo, em detrimento de políticas de médio e longo prazo, capazes de articular gestores estaduais e municipais e a sociedade civil, para um projeto político para a saúde do país.
Guimarães R. Regiões de saúde e escalas geográficas.	2005	Brasil	Discutir o processo de regionalização da saúde no país, considerando o novo cenário de direcionamento do investimento de unidades públicas de saúde, a partir da publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001).	Revisão NOAS-SUS	Discute a pobreza, a desigualdade e a exclusão. Rever as diretrizes políticas das propostas SUS.

Viana A, Heimann L, Lima L, Oliveira R, Rodrigues S. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil.	2002	Brasil	Discutir as tendências e os limites do processo de descentralização da política de saúde no Brasil.	Revisão bibliográfica	O perfil mais homogêneo do sistema de saúde em 2000, não significa necessariamente uma melhoria nos padrões de equidade, considerando a equidade como a capacidade do sistema em oferecer mais recursos, graves distorções ainda entre os grupos. As estratégias de descentralização pela NOB 96, vem conseguindo fortalecer institucionalmente e aumentar as condições de oferta dos sistemas de saúde para os municípios habilitados em gestão plena. Contudo, permanece a questão da equidade em vista, sobretudo das condições impostas pelo contexto da restrição fiscal (grupos com piores condições de oferta dispõem de menos recursos fiscais) e a pesada herança de desigualdades econômicas e sociais no país.

Apêndice II

TRATAMENTO DOS DADOS

Tabela do cruzamento dos dados Saúde Mental (Health Mental) e (and) Uruguai (Uruguay):

IDENTIFICAÇÃO	ANO	PAÍS	OBJETIVO	TIPO DE ARTIGO	RESULTADO
Casarotti, H, Breve sintesis de la psiquiatria en el Uruguay.	2011	Argentina	Analisa a política de saúde mental no Uruguai.	Bibliográfica	Apresenta uma visão centrada no médico como único profissional qualificado neste cuidado,

Tabela do cruzamento dos dados Saúde Mental (Health Mental) e (and) Brasil (Brazil):

IDENTIFICAÇÃO	ANO	PAÍS	OBJETIVO	TIPO DE ARTIGO	RESULTADO

Pitta, A. M. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Instituições, Atores e Políticas.	2011	Brasil	Olhar a Reforma Psiquiátrica brasileira na última década, após a homologação da Lei Federal 10.216/2001.	Bibliográfica	Faz um balanço nestes 10 anos de Lei, os avanços e dificuldade da Reforma Psiquiátrica. Discute a desinstitucionalização
Mari, J. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira.	2011	Brasil	Revisão na Lei 10.216/2001 simboliza uma reversão da situação de exclusão social da pessoa em situação asilar para aquela de cidadania e empoderamento.	Bibliográfica	Apresenta os diversos programas que dão suporte para Lei Federal 10.216/2001 e os princípios fundamentais de orientação das políticas de saúde mental deveriam se basear nas necessidades de saúde pública, levar em consideração a proteção dos direitos humanos como ratificada pelos relevantes convenções da ONU e serem projetadas levando em conta sistema de saúde mental baseados em evidência e custo efetividade.
Dallari, S. A importância da formalização da política para a garantia do direito à saúde do doente mental.	2011	Brasil	Discutir o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil.	Bibliográfica	Movimento inicia no Brasil na década de setenta com ampla participação popular. A política de saúde mental vem sendo implementada pelos serviços de saúde em todos os níveis da federação, tendo sido previsto obrigações, recursos financeiros para isso nas normas que regem as relações

					internas entre União, Estados e Municípios.
Junior, B. É preciso repensar o horizonte da Reforma Psiquiátrica.	2011	Brasil	Discute os desafios que a Reforma Psiquiátrica terá que enfrentar nos próximos anos para manter sua vitalidade e evitar sua entrada precoce na história dos movimentos sociais do passado.	Bibliográfica	
Costa, N; Siqueira, S; Uhr, D; Silva, P; Molinaro, A. Reforma Psiquiátrica, Federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil.	2011	Brasil	O trabalho analisa as relações entre a reforma Psiquiátrica brasileira, a adoção dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do pacto federativo.	Bibliográfica	As intervenções indutivas, reforçadas e acolhidas pela Lei 10.216/2001, transformaram agenda da reforma psiquiátrica limitada a cidades pioneiras, em uma política pública nacional. O trabalho demonstra uma trajetória de consistente estabilidade institucional da reforma psiquiátrica no Brasil ao longo de duas décadas.

Junior, O. O papel da psiquiatria na reforma psiquiátrica.	2011	Brasil	Discutir a contribuição que a psiquiatria pode dar hoje, pouco mais de dois séculos e depois de alguns importantes remanejamentos conceituais e institucionais, assentada no universo acadêmico e socialmente legitimada, em outro momento de ruptura, em que novos paradigmas de cuidado são estabelecidos valorizando a situação contextual e intersubjetiva do sofrimento psíquico.	Bibliográfica	O processo da reforma psiquiátrica, de produção de novos paradigmas clínicos e de criação de outros cenários de cuidado.
Simon, A; Baptista, T. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil.	2011	Brasil	Este artigo analisa o papel dos estados na política de saúde mental brasileira, considerando as diretrizes nacionais e as estratégias adotadas pelos estados na condução desta política.	É aplicação de questionário eletrônico nas coordenadorias estaduais de saúde mental de 24 estados brasileiros, revisão documental e anàlise de bases de dados oficiais	

Sampaio, J; Guimarães, J; Carneiro, C; Filho, C. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético.	2001	Brasil	Aborda o trabalho em saúde mental, situando-o no contexto da Reforma Psiquiátrica, demarcando as transformações ocorridas na organização dos processos de trabalho, em decorrência dos avanços referentes à implantação dos serviços substitutivos ao modelo psiquiátrico clássico e à reconfiguração do objeto de intervenção e das práticas.	Bibliográfica	Desenvolve para a equipe, discriminando as varias determinações que estejam atuando numa crise ou numa superação da crise, seja do usuário, do grupo social adstrito ou da própria equipe. Vive-se uma obra aberta, em progresso, sensível a mudar a cada alteração do perfil sócio-econômico-politco-demográfico-cultural da cidade, da oferta de cuidado e da demanda dos usuários.
Delgado, P. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil.	2011	Brasil	Reflete sobre as razões da Lei 10.216/2001.	Bibliográfica	Destaca o papel do movimento da Reforma Antimanicomial como determinante para apresentação do Projeto de Lei original. Princípios da reforma são os dos SUS, sobretudo a universalidade e a integralidade no cuidado. Reitero a existência de normas internacionais consagrados de direitos das pessoas portadoras de transtornos mentas e o necessário compromisso com os

					direitos decorrentes da lei brasileira.
Gonçalves, R; Vieira, F; Delgado, P. Política de saúde mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009	2012	Brasil	Analisar a evolução de estimativas do gasto federal como Programa de Saúde Mental desde a promulgação da lei nacional.	Dado retirado do Governo Federal no período de 2001 a 2009.	Houve crescimento real dos recursos em saúde mental entre 2001 e 2009 e investimento expressivo nas ações extra-hospitalares. Houve inversão no direcionamento dos recursos, a partir de 2006, na direção dos serviços comunitários.
Silva, M; Bezerra, A. Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização.	2012	Brasil	Discute algumas questões acerca de processos de desinstitucionalização que se consideramos importantes para o diálogo com os gestores, especialmente aqueles que têm em seus territórios de atuação instituições psiquiátricas a serem desconstruídas.	Reflexão teórica	Reconhece os obstáculos burocráticos no âmbito pùblico e propõe como desafio gerencial o enfrentamento destes e a indução de processos de mudança que possa radicalmente se comprometer com a vida das pessoas, ampliando a dimensão da discussão para o campo ético.
Borges, C; Baptista, T. O modelo assistencial	2008	Brasil	Analisa as condições da construção da política	Bibliográfica	O artigo oferece um panorama do modelo assistencial em saúde mental construído,

em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004.			nacional de saúde mental no Brasil no período de 1990 a 2004 com o objetivo de identificar as linhas de atuação priorizadas em cada momento da política.		contrapondo-o, numa breve reflexão, ao referencial teórico-ideológico basagliano, referencial este adotado pelo movimento brasileiro pela reforma psiquiátrico e apontando rumos para uma reflexão acerca da atuação da coordenação Nacional de Saúde Mental.

Apêndice III – Carta de Autorização para a realização do estudo ao Secretário Municipal de Saúde de Santa Vitória do Palmar e o Departamento de Saúde do Chuí/Uruguai

Ministério da Educação
Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Pelotas, ___ de _____ de 2014.

Prezado Secretário

Na condição de mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Pelotas, venho por meio de esta solicitar a V. S., a autorização para desenvolver uma pesquisa intitulada "Globalização, Território, Fronteira – desafio da Mobilidade Humana no cuidado em saúde mental na zona de fronteira entre Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai". Que somente será realizada após aprovação do comitê de ética em Pesquisa. A pesquisa possui o objetivo analisar as influências da mobilidade humana no cuidado em saúde mental na zona de fronteira entre Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai.

Os sujeitos do estudo são usuários do CAPS II Casa Nova Vida no município de Santa Vitória do Palmar, os profissionais que atuem no CAPS II Casa Nova Vida e na Secretaria Municipal de Saúde do Chuí/Brasil e os profissionais que atuam no Departamento de Saúde Chuí/Uruguai, que aceitem participar do estudo e a divulgação dos dados, sendo necessária a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento, sendo este entregue em duas vias ficando uma cópia em poder do entrevistado. O pesquisador poderá desistir a qualquer momento. Será realizada entrevista utilizando gravador digital. A pesquisa obedecerá a Resolução 466/2012 que orienta pesquisas com seres humanos.

Desde já agradeço sua colaboração, permaneço a disposição para maiores esclarecimentos.

_____

Secretário Municipal de Saúde

_____	_____
Elisa Fernandes Neves	Luciane Prado Kantorski
Pesquisadora	Orientadora

Apêndice IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento

Ministério da Educação
Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Venho através do mesmo, convidar-lhe a participar da pesquisa intitulada "Globalização, Território, Fronteira – desafio da Mobilidade Humana no cuidado em saúde mental na zona de fronteira entre Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai". Que será realizada como parte da Dissertação do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFPEL. Este estudo tem por objetivo analisar as influências da mobilidade humana no cuidado em saúde mental na zona de fronteira entre Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai.

Informo desde então que é permitida a sua desistência de participação desta pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para sua pessoa. Haverá a garantia de privacidade à sua identidade através do anonimato com a preservação de sua identidade. Os procedimentos adotados no estudo obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa com seres humanos conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para a organização dos dados será necessário o uso de gravador digital durante a realização das entrevistas. Fui informado (a) da liberdade de retirar meu consentimento e que responderei as questões de livre e espontânea vontade, este documento será elaborado em duas vias ficando uma em meu poder e a outra em poder da pesquisadora.

A coleta de dados será realizada pela Assistente Social Elisa Fernandes Neves sob a orientação da Prof. Dr. Luciane Prado Kantorski, em dias e horários acordados entre os sujeitos do estudo e a pesquisadora.

Santa Vitória do Palmar, _____ de _____2015.

Eu _____, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada, livre de constrangimentos sobre os objetivos e o procedimento de coleta de dados.

_____	_____
Assinatura do Participante	Assinatura da Pesquisadora

Apêndice V - Roteiro de entrevista com Usuários do CAPS II Casa Nova Vida do município de Santa Vitória do Palmar

Identificação:
Com que reside:
Quanto tempo está em tratamento no CAPS II Casa Nova Vida?
Tem alguma internação psiquiátrica? Em qual país? Quantas vezes? Relate?
Tem como relatar a experiência de tratamento no Uruguai?
Tem como relatar a experiência de tratamento no Brasil?
Quais as redes de cuidado em Saúde Mental você conhece?
Atualmente qual é o tratamento mais apropriado? Por quê?

Apêndice VI - Roteiro de entrevista com os profissionais que atuam no CAPS II Casa Nova Vida no município de Santa Vitória do Palmar e na Secretaria Municipal de Saúde do Chuí/Brasil

Identificação:
Profissão que exerce:
Quanto tempo atua no CAPS II Casa Nova Vida? Relate sua prática?
Quanto tempo trabalha na Secretária Municipal de Saúde do Chuí/Brasil? Relate sua prática?
Qual a relação com o Departamento de Saúde do Chuí/Uruguai?
O serviço de Saúde Mental atende os Uruguaios? Comente?
Existe alguma barreira física - território - para atender os usuários brasileiros ou uruguaios que residem no outro lado da fronteira?
Conhece a Lei 10.216/2001? Comente?
Conhece a legislação de Saúde Mental do Uruguai? Comente?
Quais as formas de tratamento que ocorre no CAPS II Casa Nova Vida?
Existe uma relação com o hospital psiquiátrico?
Acredita que existe uma rede de cuidado para o usuário de sofrimento psíquico, em um território de fronteira? Quais?

Apêndice VII - Roteiro de entrevista com os profissionais que atuam no Departamento de Saúde do Chuí/ Uruguai

Identificação:
Profissão que exerce:
Quanto tempo atua no Departamento de Saúde do Chuí/Uruguai? Relate?
Qual a relação com a Secretária Municipal de Saúde Chuí/Brasil e com o CAPS II Casa Nova Vida?
O serviço de Saúde Mental atende os brasileiros?
Existe alguma barreira física - território - para atender os usuários brasileiros ou uruguaios que residem no outro lado da fronteira?
Conhece o Programa Nacional de Salud Mental (1986) do Uruguai? Comente?
Conhece a Lei 10.216/2001 do Brasil ou os serviços oferecidos no país vizinho? Comente?
Quais a formas de tratamento em Saúde Mental no Departamento de Saúde do Chuí/Uruguai?
Existe uma relação com o hospital psiquiátrico? Qual?
Acredita que existe uma rede de cuidado para o usuário de sofrimento psíquico, em um território de fronteira? Quais?

ANEXO

ANEXO I

Saúde
Ministério da Saúde

PlataForma Brasil

principal | sair

Público | Pesquisador | Alterar Meus Dados

Elisa Fernandes Neves - *Pesquisador* | V3.0

Cadastros

Sua sessão expira em: 39min 37

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Globalização, Território, Fronteira: Desafio da Mobilidade Humana no Cuidado em Saúde Mental na zona de fronteira entre Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai.
Pesquisador Responsável: Elisa Fernandes Neves
Area Temática:
Versão: 1
CAAE: 44351515.5.0000.5317
Submetido em: 19/04/2015
Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

COORDENADOR

Comprovante de Recepção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_498073

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 1
  - Projeto Original (PO) - Versão 1
    - Documentos do Projeto
      - Folha de Rosto - Submissão 1
      - Informações Básicas do Projeto - Subm
      - Outros - Submissão 1
      - Projeto Detalhado / Brochura Investigad
      - TCLE / Termos de Assentimento / Justi
    - Apreciação 1 - Faculdade de Medicina da U
  - Projeto Completo

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações

LISTA DE APRECIAÇÕES DO PROJETO

Apreciação	Pesquisador Responsável	Versão	Submissão	Modificação	Situação	Exclusiva do Centro Coord.	Ações
PO	Elisa Fernandes Neves	1	19/04/2015	23/05/2015	Aprovado	Não	

HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	23/05/2015 14:40:11	Parecer liberado			Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas		
PO	23/05/2015 14:39:29	Parecer do Colegiado Editado			Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas	Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas	
PO	17/05/2015 14:36:02	Parecer do colegiado emitido			Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas	Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas	
PO	17/05/2015 14:33:37	Parecer do relator emitido			Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas	Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas	
PO	17/05/2015 14:05:46	Aceitação de Elaboração de Relatoria			Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas	Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas	
PO	24/04/2015 18:58:52	Confirmação de Indicação de Relatoria			Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas	Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas	
PO	24/04/2015 18:58:24	Indicação de Relatoria			Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas	Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas	
PO	24/04/2015 18:57:50	Aceitação do PP			Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas	Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas	
PO	19/04/2015 14:12:15	Submetido para avaliação do CEP		Pesquisador Principal	PESQUISADOR RESPONSAVEL	Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas	

LEGENDA:

(*) Apreciação

PO = Projeto Original de Centro Coordenador	POp = Projeto Original de Centro Participante	POc = Projeto Original de Centro Coparticipante
E = Emenda de Centro Coordenador	Ep = Emenda de Centro Participante	Ec = Emenda de Centro Coparticipante
N = Notificação de Centro Coordenador	Np = Notificação de Centro Participante	

(*) Formação do CAAE

Ano de submissão do Projeto | Tipo do centro | Código do Comitê que está analisando o projeto

n n n n n n a a . dv . t x x x . l l l l l

Sequencial para todos os Projetos submetidos para apreciação | Dígito verificador | Sequencial, quando estudo possui Centro(s) Participante(s) e/ou Coparticipante(s)

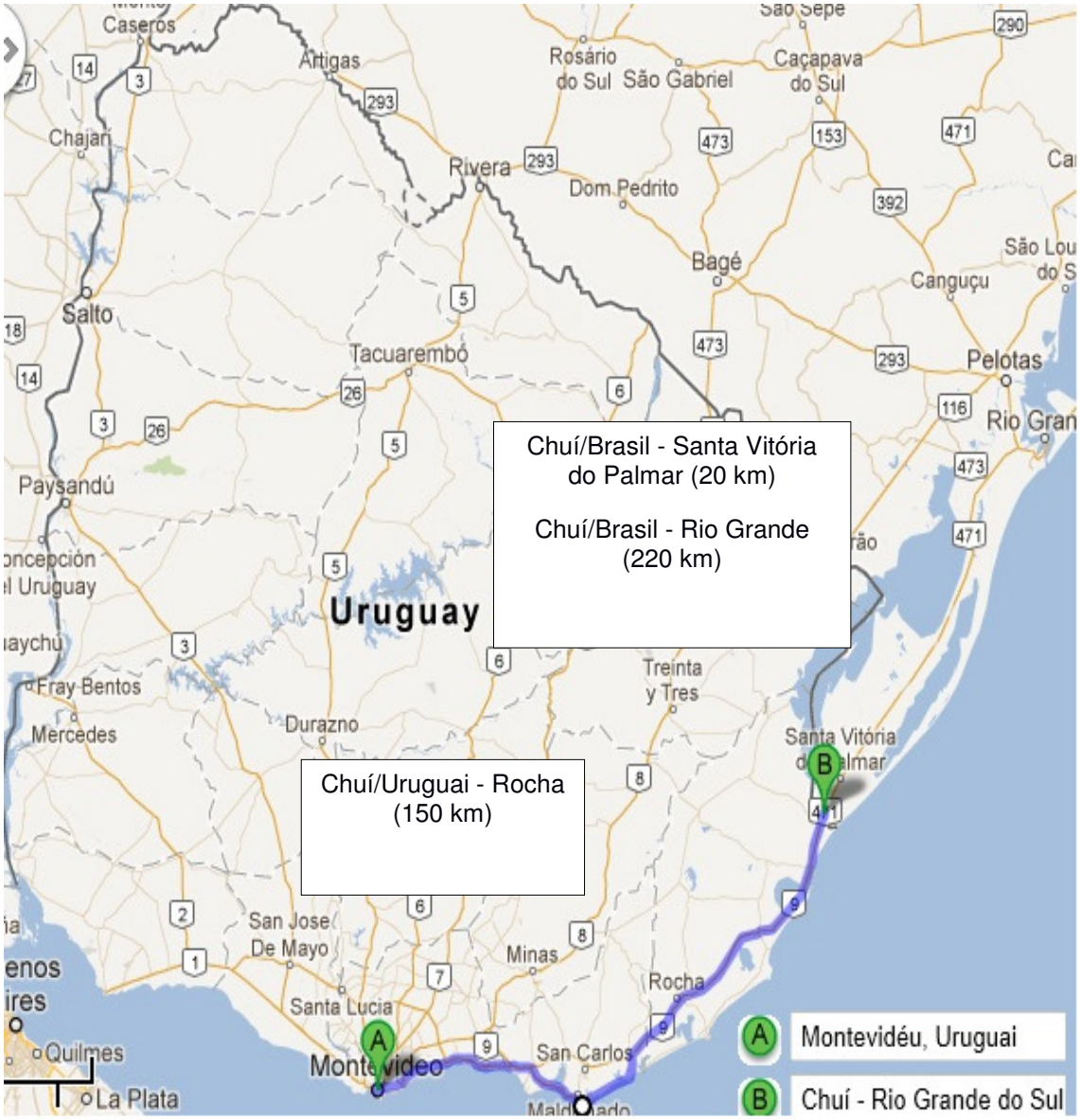
Voltar

DATASUS
Departamento de Informática do Sus

Este sistema foi desenvolvido para os navegadores Internet Explorer (versão 7 ou superior), ou Mozilla Firefox (versão 9 ou superior).

Conselho Nacional de Saúde | SUS | Ministério da Saúde | GOVERNO FEDERAL BRASIL PÁTRIA EDUCADORA

ANEXO II


Caseros
Artigas
Rosário do Sul
São Gabriel
Caçapava do Sul
Chajari
Rivera
Dom Pedrito
Bagé
Canguçu
Salto
Tacuarembó
Pelotas
Paysandú
Uruguay
Chuí/Brasil - Santa Vitória do Palmar (20 km)
Chuí/Brasil - Rio Grande (220 km)
Fray Bentos
Mercedes
Durazno
Treinta y Tres
Santa Vitória do Palmar
Chuí/Uruguai - Rocha (150 km)
San Jose De Mayo
Minas
Rocha
Santa Lucia
Montevideo
San Carlos
Quilmes
La Plata
A Montevidéu, Uruguai
B Chuí - Rio Grande do Sul