XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017
3 - 8 Diciembre / Montevideo
Las encrucijadas abiertas de América Latina
La sociología en tiempos de cambio

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: caminhos e descaminhos para sua consolidação

Grayceane Gomes da Silva
grayce.ane.flower@hotmail.com
Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Brasil
Maria Erica Ribeiro Pereira
Erica.merp@gmail.com
Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Brasil
Meyrilane Barros de Moraes
meyrilanemoraes@yahoo.com.br
Unidade de Pronto Atendimento de Caucaia-CE
Brasil
Roberta Sampaio de Brito
robertabritoss@hotmail.com
Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Brasil

RESUMO

A saúde mental brasileira tem uma história permeada de preconceitos e abandonos, mas a partir da luta de profissionais da área e da sociedade foram elaboradas práticas humanizadas de inserção e acompanhamento dos usuários nos serviços. Este artigo analisa a trajetória das ações para a consolidação da Política de Saúde Mental através da Rede de Atenção Psicossocial. No desenvolvimento do estudo, utilizamos pesquisa documental e bibliográfica para coleta de informações. Até finais da década de 1990, no Brasil, prevalecia o atendimento de pessoas com transtornos mentais em hospitais psiquiátricos; embora, desde os anos 1980 o chamado Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) estivesse denunciando más condições de cuidado às pessoas com transtorno mental e propusesse a Reforma Psiquiátrica. A partir disso, foram organizados diversos eventos que fomentaram as discussões em torno da mudança de paradigma manicomial. Esse contexto de luta culminou na elaboração de legislações em torno da estruturação de um atendimento humanizado destes sujeitos com transtornos mentais, cujo marco é a lei nº 10.216/2001 que dispõe sobre os direitos dessas pessoas e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Assim, foram se extinguindo os hospitais psiquiátricos de modelo institucionalizado e fortalecida a abertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses centros são serviços de saúde com equipes multiprofissionais para o acompanhamento que visa à integração comunitária de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, bem como, usuários de drogas lícitas e ilícitas. Hoje a base de composição da política de saúde mental é a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) composta pelos CAPS, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, residências terapêuticas, postos de saúde e unidades de acolhimento. Apesar dos avanços, essa política vem enfrentando dificuldades de consolidação das ações devido a fatores como insuficiência de CAPS e demais serviços para atender a população, centralidade das ações no CAPS sem ampliação de acesso intersetorial, retorno a perspectiva manicomial com o fortalecimento do setor privado, através de Comunidades Terapêuticas para usuários de drogas, além de falta de profissionais com vínculos estáveis de trabalho o que, prejudica o desenvolvimento qualificado das ações. Portanto, a RAPS necessita ser fortalecida visando expandir os pontos de atenção, bem como garantir melhores condições de trabalho e educação continuada aos profissionais, proporcionar maior acesso dos usuários aos espaços sociais da comunidade, dentre outras ações que fortaleçam a atuação do poder público e da sociedade.

Palavras-chave

Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Política Pública.

ABSTRACT

The Brazilian mental health has a permeated past of prejudice and abandonment, but from the contest of professionals in the area and society, humanized practices of insertion and monitoring of users in services were elaborated. This article analyzes the actions trajectory for the consolidation of the Mental Health Policy through the Psychosocial Attention Network. In the development of the study, we used documentary and bibliographic research to collect information. Until the end of the 1990s, in Brazil, the care of people with mental disorders in psychiatric hospitals prevailed; although since the 1980s the so-called Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) was denouncing bad conditions of care for people with mental disorders and proposed the Psychiatric Reform. From this, several events were organized that fomented the discussions about the asylum paradigm change. This context of struggle culminated in the drafting of legislation around the structuring of a humanized care of these subjects with mental disorders, which started with 10.216 / 2001 law that regulates the rights of these people and redirects the mental health care model. Therefore, the psychiatric hospitals of an institutionalized model were extinguished and the opening of Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) was strengthened. These centers are health services with multi-professional teams for follow-up aimed at community integration of people with severe and persistent mental disorders, as well as users of licit and illicit drugs. Today the basis of the composition of the mental health policy is the Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) composed by CAPS, psychiatric beds in general hospitals, therapeutic residences, health centers and shelter units. In spite of the advances, this policy has been facing difficulties of consolidation of the actions due to factors such as insufficiency of CAPS and other services to serve the population, centrality of actions in CAPS without expansion of inter-sectoral access, payback to the asylum perspective with the strengthening of the private sector, through Therapeutic Communities for drug users. Consequently, the lack of professionals with stable ties of work, which debilitate the qualified development of the actions. Therefore, the RAPS needs to be strengthened in order to expand the points of attention, as well as to guarantee better working conditions and continuing education for professionals, to provide users with greater access to social spaces in the community, among other actions that strengthen the performance of public power and society.

Keywords

Mental Health. Psychiatric Reform. Public Policy.

I. Introdução

A atenção às pessoas com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas no Brasil é marcada pelo descaso e maus tratos em hospitais psiquiátricos e asilos. Essa realidade começou a ser discutida na década de 1980, a partir da denúncia de profissionais, acompanhando também, o movimento de redemocratização do país e a Reforma Sanitária em defesa de uma saúde universal e pública.

Nesse contexto, começou a luta por melhores condições de tratamento a essas pessoas, na perspectiva de tratá-las com mais dignidade. A chamada reforma psiquiátrica vem sendo construída até hoje, através de embates com as instituições privadas, a luta por orçamento público para a construção e manutenção dos serviços, além de sensibilização da população em geral e os familiares de pessoas com transtornos mentais para que tenham informações sobre o assunto e busquem melhorar as relações sociais e familiares.

Desse modo, a perspectiva é estabelecer um acompanhamento humanizado e junto à comunidade para que o preconceito seja combatido cotidianamente e esse público possa ocupar os espaços sociais. Nesse caminho, foram construídos os Centros de Atenção Psicossocial, que tem como objetivo o acompanhamento interdisciplinar de crianças, adolescentes e adultos com transtornos mentais e decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, além de seus familiares.

A partir da lei n. 10.216 de 2001 a saúde mental ganhou visibilidade e regulamentação para novas ações e respeito em torno da atenção as pessoas. A perspectiva a partir de então é integrar essas pessoas aos espaços comuns de promoção, prevenção e assistência à saúde, para que tenham maior contato com a população em geral.

Para isso tem-se a Rede de Atenção Psicossocial composta pelos CAPS, os espaços de atenção básica, urgência e emergência de atendimento geral, além das Unidades de Acolhimento e Residências Terapêuticas. O estabelecimento dessa visão de rede tem como objetivo corresponsabilizar toda a rede de saúde ao cuidado com a saúde mental, para desmistificar que somente o CAPS é o espaço da loucura.

Desse modo, o presente texto vem trazer análise dessa trajetória e discutir como vem sendo construída essa rede de saúde mental, os desafios que vem enfrentando para a consolidação de um atendimento universal. Com base em Gil (2008), circunscreve-se esse estudo em qualitativo, embasado nas pesquisas bibliográfica e documental, as quais trazem luz a experiências das autoras: profissionais que atuam na Política de Saúde Mental.

II. Reforma Psiquiátrica no Brasil

Tratar sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil demanda retomar fatos historicamente conhecidos no campo da saúde mental da própria humanidade. Experiências similares, porém com as peculiaridades de cada país, expressam os contornos desse movimento ainda em processo.

Sabe-se que diferentes fatores podem estar relacionados com alterações no campo da saúde mental do indivíduo, tais como, condições socioeconômicas, relacionais e biológicas.

Partindo da análise sobre como a sociedade vem se manifestando em relação à loucura, associando-a a diferentes conceitos e entendimentos, percebe-se a lógica do distanciamento e da exclusão dos indivíduos tomados ora como seres desconexos da realidade, alienados, insanos, ora como bruxos ou gurus a depender do contexto sociocultural ao qual esteja relacionado.

Ao longo da história da humanidade foram adotadas múltiplas estratégias de enfrentamento da loucura e/ou transtornos mentais de diferentes ordens, entre outras doenças, a exemplo do "Nau dos Loucos" que segundo Foucault (2007) os indivíduos considerados loucos eram postos em porões de navios que seguiam navegando sem destino na imensidão do oceano em busca do resgate da razão.

Diferentes interesses sociais, políticos e econômicos permearam e continuam presentes nesse contexto. Conforme Robaina (2010),

> A psiquiatria surge na França com Pinel, como especialidade médica, sob a vigência da Revolução Francesa. A nova ordem social, agora centrada no homem, descontextualizado do fato social, passa a ser guiada pelos preceitos de liberdade, igualdade e fraternidade. Contudo, os loucos desafiam a universalidade desses preceitos. O princípio de liberdade está referido ao homem racional, livre para fazer escolhas — leia-se livre para vender sua força de trabalho no mercado. Portanto, o louco, considerado desprovido de razão, daquilo que define a própria

> humanidade, não é humano, é alienado (aliens), sendo excluído do próprio estatuto de cidadão. Também não se aplica a ele o preceito de igualdade, posto que, não se ajustando ao modo de produção, não pode ser tido como modelo de homem. Resta-lhe tão somente o princípio de fraternidade, que vai ser traduzido por cuidado, porém na ótica da tutela. É nesse caldo de cultura que se institui o hospital psiquiátrico. Numa só cajadada, a sociedade se "livra" da convivência com os loucos e reafirma os preceitos da revolução, necessários à sustentação da sociedade capitalista. O isolamento torna-se a tecnologia de cuidado à loucura. (ROBAINA, 2010, p. 340)

Segundo aponta a autora supracitada, a tomada do isolamento como tecnologia do cuidado da loucura é fortalecida através da instituição dos hospitais psiquiátricos que, inicialmente, em determinados países, constituíam-se em iniciativas filantrópicas e de caridade, com forte participação de ordens religiosas, passando ao longo dos anos a assumir um novo formato em seu modelo de atuação.

O Brasil seguiu a lógica vigente em outros países do mundo no tocante à institucionalização da loucura, partindo desse ponto o despertar da psiquiatria no país, a qual se apresenta, inicialmente, com a inauguração do Hospício de Pedro II em 1852, no Rio de Janeiro.

A crise no âmbito do hospital psiquiátrico não custa a se instalar. Superlotação, precárias instalações, falta de higiene e ausência de tratamento adequado são apenas alguns dos fatores que inviabilizam o serviço prestado.

Diante do cenário de negação dos direitos da pessoa com transtorno mental, da falta de condições de trabalho, entre outros agravos o Brasil vivenciou tentativas pontuais de melhorias, a exemplo da criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais, em 1941, com o objetivo de regular as práticas psiquiátricas.

Em 1964, com o advento da instalação da Ditadura no país, é articulado o Plano de Pronta Ação, o qual designava cerca de 90% dos recursos públicos destinados à saúde mental para os hospitais psiquiátricos privados, sendo esse o maior processo de privatização da saúde de que se tem notícia (AMARANTE, 1995). Diferentes segmentos da sociedade posicionaram-se contra ao referido Plano, porém, sem muito sucesso.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, a pesar de ter sido baseada em modelos internacionais, a exemplo da Psiquiatria Democrática italiana, só passou a experienciar o movimento no final da década de 1970 e início da década de 1980.

Segundo Jorge (2009),

> Por décadas, o atendimento ao doente mental no Brasil esteve ligado ao modelo centrado no hospital, cujo tratamento oferecido limitava-se a internações prolongadas, mantendo o doente afastado do seu âmbito familiar e social. Nos anos 1970, a modificação do modelo asilar foi discutida e implementada por meio de lutas e conquistas da reforma psiquiátrica, a qual dia-a-dia vem se consolidando nas políticas de saúde mental. Historicamente, a desinstitucionalização permeia o campo da saúde mental entre os trabalhadores, os familiares e a comunidade em geral. (JORGE, et. al., 2009, p. 2)

O cuidado em saúde mental no Brasil, a exemplo de outros países, carrega um legado de exclusão do indivíduo, de violação de direitos, de maus-tratos físicos e psicológicos que deixaram marcas profundas na história da sociedade.

Hospitais psiquiátricos funcionavam como depósitos de seres humanos, os quais, por vezes, eram esquecidos e abandonados por familiares e amigos, sendo sentenciados à morte em vida.

Funcionamento em condições insalubres, relatos de violências de toda ordem, dentre elas a violência sexual, situações de trabalho escravo, ausência de estratégias terapêuticas, má gerencia, dentre outros agravos foram parte dos fatores que motivaram as mudanças nas políticas de saúde mental no país, entretanto, não foram os únicos.

É inegável que os interesses econômicos também possuem sua parcela de participação no processo da Reforma Psiquiátrica. Diante do cenário de crise financeira na década de 1980, associado às denúncias recorrentes e às pressões da sociedade, o governo lança mão de propostas para a saúde mental que comungavam com pontos defendidos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica.

O quadro político da história do Brasil se altera em 1985 e o país passa a vivenciar um governo democrático. Logo no ano seguinte, em 1986, são apresentadas novas propostas para a assistência psiquiátrica durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Mas é em 1987, com a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e o 2º Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental que a Saúde Mental ganha o seu devido destaque.

Institui-se o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, sendo inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS do Brasil no mesmo ano, em São Paulo (SARACENO, 2001).

Dentre os preceitos da Reforma Psiquiátrica está a lógica da desinstitucionalização a partir do resgate da convivência familiar e comunitária, além do tratamento especializado no território para a retomada da cidadania dos indivíduos outrora relegados a um serviço medíocre e cruel.

Conforme publicação do Ministério da Saúde (2005)

> A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diverso, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p. 06).

.A partir do movimento da Reforma Psiquiátrica a legislação pertinente à saúde mental foi revista e diferentes programas, projetos e serviços instituídos. Vale ressaltar que as pressões do campo privado persistiram, chegando a influenciar alterações na Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado, a qual tramitou 12 anos até sua aprovação.

Entretanto, mesmo diante de regulamentações no campo legal, a realidade da assistência psiquiátrica ainda requer atenção.

Programas como o “De volta para casa”, normatizações como a portaria 336/GM, que trata acerca dos diferentes tipos de CAPS, e o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde, dentre outros, não foram e não estão sendo capazes de, sozinhos, concretizar a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Há muita ainda a ser feito e repensado. Adoção de políticas públicas pertinentes, qualificações dos trabalhadores, priorização da saúde mental nas agendas dos gestores municipais, enfim, existe um futuro a ser conquistado e construído no cotidiano de cada serviço que presta assistência no campo da saúde mental.

III. Políticas de Saúde Mental

O modelo assistencial em saúde mental no Brasil passou por um profundo processo de ressignificação nas últimas três décadas. A atenção em saúde deslocou seu eixo de atenção para o território, buscando resgatar a cidadania e a reinserção social dos considerados loucos. Este processo foi desencadeado fundamentalmente pelo movimento político e social da Reforma Psiquiátrica.

O novo padrão de atendimento, denominado atenção psicossocial, objetivava a desinstitucionalização da assistência e das práticas manicomiais, sugerindo um deslocamento do modo de tratamento manicomial para o cuidado extra-hospitalar, através da formação de uma rede de cuidados em saúde mental no território.

Expressão maior no âmbito regulatório desta mudança ocorreu em 2001, após 12 anos de tramitação, com a de aprovação da Lei nº 10.216, que estabelece os direitos das pessoas com transtornos mentais e redimensiona o modelo assistencial em saúde. Ao definir como direitos:

> Art. 2o Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.
> Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:
> I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
> II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
> III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
> IV -ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
> V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
> VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
> VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
> VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
> IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Brasil, 2001),

objetivava-se retirar os usuários dos hospitais psiquiátricos que funcionavam como locais de estadia permanente e estabelecimento de internação somente em casos extremamente necessários, com duração de tempo determinada. A partir dessa lei, assiste-se no país o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a paulatina abertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Em 2002, é lançada pelo Ministério da Saúde a Portaria Nº 336, regulamentando o financiamento dos CAPS de acordo com a complexidade e abrangência populacional. Ficam criadas novas modalidades de CAPS, sendo estes: CAPS I, II e III, variando de acordo com o quantitativo populacional e devendo atender preferencialmente pessoas com transtornos mentais severos e persistentes; CAPS i (infantil), para crianças e adolescentes em sofrimento mental e para municípios com população acima de 200 mil habitantes e CAPS AD (Álcool e Outras Drogas), para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico em decorrência do uso de álcool e outras drogas.

Conforme o artigo 4º da referida portaria ministerial, todas as modalidades de CAPS devem "responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território". Neste sentido, os CAPS agregam a responsabilidade de articulador maior da promoção da saúde mental em dado território, devendo para tanto, realizar suas práticas em ambiente acolhedor, buscando a construção de uma rede de suporte social potencializadora de ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, história, cultura e vida cotidiana (BRASIL, 2004).

A partir do reconhecimento que o cuidado em saúde mental não ocorre de forma isolada e desarticulada e sim através de diversos pontos e estratégias que se intercruzam no território, em 2011 é lançada a Portaria Nº 3088, instituindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Com esta nova legislação objetiva-se ampliar e promover o acesso da população à saúde mental, de forma a garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

A RAPS é composta por 7 componentes, a saber: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Os referidos componentes estabelecem as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os Consultórios na Rua, os Centros de Convivência, os CAPS nas suas diversas modalidades, os Serviços de Atenção de Urgência e Emergência, as Unidade de Acolhimento,

os Serviços de Atenção em Regime Residencial, os Leitos de Saúde Mental, Álcool e outras drogas em hospitais gerais e os Serviços Residenciais Terapêuticos como os principais pontos de atenção da RAPS.

Com a finalidade de criar, ampliar e articular estes pontos de atenção às pessoas em sofrimento psíquico, a RAPS apresenta as seguintes diretrizes:

> Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:
> I respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
> II promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
> III combate a estigmas e preconceitos;
> IV garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
> V atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
> VI diversificação das estratégias de cuidado;
> VII desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
> VIII desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
> IX ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
> X organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
> XI promoção de estratégias de educação permanente; e
> XII desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (Brasil, 2011).

Destaca-se ainda, que a instituição da RAPS aponta ainda para o estabelecimento da articulação intersetorial, por compreender que a saúde mental é uma parte da totalidade do sujeito usuário dessa política. Assim, deve-se buscar uma ação articulada com outras políticas públicas para garantir que as necessidades dos sujeitos sejam atendidas globalmente.

IV. Desafios à consolidação de uma política de saúde mental de qualidade

A Reforma Psiquiátrica em curso tem como pressuposto a mudança de paradigma na atenção à saúde mental da população brasileira, a partir de ações de base comunitária para que a sociedade tenha mais respeito e vislumbre maior equidade na relação com as pessoas que apresentam algum

transtorno mental. Nesse caminho busca-se fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) como público, universal e gratuito.

No entanto, o que vemos é um embate político-ideológico entre os paradigmas privatista e de Reforma Sanitária, em que o primeiro tem se fortalecido através da mercantilização dos serviços de saúde e parcerias público-privadas, que devem ter caráter complementar de acordo com a Lei 8.080/90. Em termos de saúde mental predominou por muitos anos a hegemonia dos hospitais psiquiátricos, em que a maioria era de caráter privado.

Sendo que a proposta de substituição dos atendimentos em hospitais psiquiátricos para leitos de hospitais gerais não funciona com qualidade tendo centralidade somente os atendimentos nos CAPS, tendo muitas vezes nos hospitais gerais um despreparo dos profissionais com relação ao trato com as crises dos sujeitos com transtornos mentais. Desse modo, a referência continua no hospital psiquiátrico, o que se configura como um entrave no avanço das ações de melhoria da atenção psicossocial. Como bem destaca Oliveira (2011, p. 27) ao caracterizar que na RAPS do Ceará, “a quantidade de leitos psiquiátricos em hospitais gerais é insignificante (76 leitos em 31 hospitais) para as necessidades da população, embora, os leitos situados no interior do estado sejam bastante resolutivos e estejam bastante ligados aos CAPS do município (DATASUS, 2010).”.

Os Centros de Atenção Psicossocial têm predominado no atendimento as demandas, estando presente em diversos municípios brasileiros, totalizando 2380 equipamentos das seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD e CAPS i, em que não há cobertura em todos os municípios, devido aos critérios de quantidade populacional, bem como morosidade da gestão pública em instalar os equipamentos. Em que há municípios com população suficiente para receber CAPS AD e/ou CAPS i, mas não possuem.

Também, como parte da RAPS as Residências Terapêuticas possuem pouca representatividade, pois se apresentam em quantidade reduzida, diminuindo os pontos de atenção, bem como proporcionando menos equipamentos de fortalecimento das ações psicossociais.

> A Atenção Psicossocial na rede de cuidados em saúde é uma realidade ainda incipiente no Brasil que convoca e exige mudanças individuais, sociais e institucionais. O desafio é político e exige um compromisso contínuo na construção de novas formas de lidar com o sofrimento psíquico. A realidade brasileira, por sua extensão geográfica e marcantes diferenças, revela

> que nem todos os municípios dispõem de uma rede de atenção à saúde mental própria ou pactuada. Além disso, o simples fato de possuir um serviço substitutivo, um CAPS, não implica o funcionamento de uma rede que se pretende também substitutiva (COSTA ET AL, 2012, p. 51).

Além disso, cabe salientar que o número de Unidades de Acolhimento que trabalham com pessoas usuárias de drogas é ínfimo, tendo centralidade o financiamento de vagas em Comunidades Terapêuticas, principalmente, pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), numa perspectiva de fortalecimento do setor privado de assistência a esse público. Cabe ressaltar que esse modelo retoma a perspectiva manicomial, pois fortalece a visão de que o indivíduo que desenvolveu problemas biopsicossociais devido ao uso abusivo de drogas necessita ficar longe do convívio social e familiar para recuperar-se para depois retornar para a sociedade.

> Além das dificuldades operacionais e políticas sociais já apresentadas, no contexto neoliberal, a ausência de investimento nos serviços públicos que compõe a Rede de Atenção Psicossocial não é novidade no trato com as políticas sociais na saúde mental. Entre outras questões, que interferem diretamente na qualidade dos serviços prestados à população, não raro observa-se a falta de materiais para realização de atividades e atendimento, ausência de profissionais suficientes, precariedade nos investimentos em pesquisas e grupos de profissionais sem oportunidade de qualificação profissional continuada. (MOURA e SILVA, 2015, p. 11).

Nesse âmbito, os serviços passam por dificuldades na continuidade das ações devido as recorrentes mudanças de profissionais, que na sua maioria trabalham com contratos precarizados e temporários, desse modo, o serviço fica com sua qualidade comprometida por estar em constante recomeço de ações. Além do que um profissional desvalorizado e com pouco acesso à educação continuada, sente-se desmotivado a realizar ações que exigem equilíbrio físico e mental para lidar com as problemáticas que envolvem a reabilitação psicossocial.

Apesar dos avanços obtidos com as ações de estruturação de redes psicossociais de caráter antimanicomial, a saúde pública tem passado por inúmeras dificuldades na consolidação da proposta de reabilitação psicossocial. As problemáticas perpassam a redução dos investimentos públicos, pouca comunicação entre os diversos equipamentos que compõe a RAPS e dificuldades de estabelecer um acompanhamento de qualidade diante a falta de profissionais na composição das equipes, além da falta de recursos para garantir a continuidade das atividades propostas.

Cabe destacar, a necessidade de maior articulação entre os equipamentos da RAPS na perspectiva de fortalecer as ações no território e melhor assistir os usuários com transtornos mentais e decorrentes do uso abusivo de drogas. Nesse contexto, há a necessidade de maior comunicação entre os serviços de atenção básica e os CAPS, além dos outros dispositivos como Residências Terapêuticas e Unidades de Acolhimento.

> Tais serviços devem estar interconectados com os demais serviços do sistema de saúde, evitando a fragmentação dos atendimentos. Centro de gravitação dos atendimentos em saúde mental, e o PSF, serviços de atendimento de saúde em geral, os Caps precisam estar articulados com vistas a facilitar o planejamento de ações na respectiva área distrital de cobertura, principalmente no tocante às visitas domiciliares e às intervenções clínicas na rede de suporte social e de inter-relações pessoais significativas do usuário do serviço (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004) (JORGE, QUINDERÊ E FRANCO, 2014, p. 257).

Portanto, a Rede de Atenção Psicossocial necessita ser fortalecida no sentido de expandir os pontos de atenção, bem como garantir melhores condições de trabalho e educação continuada aos profissionais, proporcionar maior acesso do público aos espaços sociais da comunidade, dentre outras ações que fortaleçam a atuação ativa do poder público e da sociedade. Desse modo, poderemos vislumbrar uma retomada das ações de Reforma Psiquiátrica que vem retrocedendo diante o contexto social, econômico e cultural que estamos vivendo.

V. Conclusões

No decorrer dos dezesseis anos que passaram após o efetivo marco, lei 10. 216/2001, que regulamentou a necessidade de tratamento digno as pessoas com transtornos mentais e decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, temos que o Brasil avançou em termos de regulamentação e desenvolvimento de ações em torno da saúde mental. Nesse tempo, houve aumento no número de Centros de Atenção Psicossocial em suas diversas modalidades, além de outros equipamentos como Residências Terapêuticas, Unidades de Acolhimento e Centros de Convivência.

Para efetivar o atendimento em saúde mental como transversal a toda a saúde, em 2011 foi aprovada a portaria do ministério da saúde n. 3088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial, para

delimitar quais equipamentos fazem parte do atendimento psicossocial diretamente. Essa iniciativa vem no sentido de referendar que a saúde mental diz respeito ao acompanhamento na rede de atenção básica e de urgência e emergência, na perspectiva de eliminar a fragmentação da atenção aos usuários e fortalecer o princípio da integralidade no atendimento à saúde.

No entanto, assim como a rede de saúde como um todo o atendimento psicossocial enfrenta diversos obstáculos, como número reduzido de serviços em relação a necessidade populacional, despreparo dos profissionais e rotatividade daqueles contratados temporariamente, dificuldades de comunicação entre os serviços na garantia de atendimento integral as necessidades dos usuários. Desse modo, os avanços vêm se efetivando a passos lentos e dependendo de diversas articulações políticas e ideológicas para a defesa desta modalidade de atenção substitutiva ao modelo manicomial.

Assim, os profissionais e militantes que atuam na defesa de uma saúde mental de qualidade no Brasil, tem um caminho árduo pela frente, diante um Estado que vem reduzindo os direitos sociais da população e limitando os recursos públicos.

VI. Bibliografia

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 491-94, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do Programa "De Volta para Casa".** Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf> . Acesso em: 31 ago. 2017.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece normas e diretrizes para organização dos serviços de atenção à saúde mental. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS**: Os Centros de Atenção Psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2011.

COSTA, A. et al . Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto , n. 7, p. 46-53, jun. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602012000100008&lng=pt&nrm=iso> . Acesso em: 12 set. 2017.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 2007.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas da pesquisa social**. São Paulo: Atlas 2008.

JORGE, M.S.B et al. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. **Psicologia**: teoria e prática, v. 16, n. 2, p. 63-74, 2014.

_____; QUINDERÊ, P.H. D.; FRANCO; T.B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 24 [1], p. 253-271, 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00253.pdf> . Acesso em 12 set 2017.

MOURA, H.C.Eloi; SILVA, G.A. As transformações sócio-históricas da política de saúde mental no Brasil: uma reflexão acerca dos desafios contemporâneos. **Anais** da VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. Maranhão, 2015.

ROBAINA, C.M.V. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Serv. soc.** Brasília, n. 102, p. 339-351, 2010.

SARACENO, B. **Libertando identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

OLIVEIRA, R.F. **As compreensões dos usuários dos CAPS de Fortaleza sobre a atenção em saúde mental.** Dissertação. UFC, 2011.