



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E SERVIÇO SOCIAL
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

LAILA MARTINS DE OLIVEIRA

**REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA CIDADE DE SALVADOR/BA: Reflexões
a partir do Plano Municipal de Saúde**

**Salvador
2018**

LAILA MARTINS DE OLIVEIRA

**REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA CIDADE DE SALVADOR/BA: Reflexões
a partir do Plano Municipal de Saúde**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Serviço Social do Instituto de Psicologia, como requisito para obtenção do grau de bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Larissa Daiane Vieira Barros.

Salvador
2018

LAILA MARTINS DE OLIVEIRA

LIMITES E POSSIBILIDADES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: SOB A ANÁLISE DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DE SALVADOR.

Término de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, Instituto de Psicologia e Serviço Social, da Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em ___ dezembro de 2018.

Larissa Daiane Vieira Barros – Orientadora _____
Doutoranda em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).
Mestra em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA)

Geyse Clea Silva de Miranda – Examinadora _____
Mestra em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA)

Elizabete Souza Dantas – Examinadora _____
Assistente Social Residente em Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde com área de concentração em Saúde Mental no Complexo HUPES/ UFBA.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao mentor e criador das ações e relações humanas: Deus. Por toda força, sustentação e ânimo, quando tudo parecia difícil.

A UFBA por se constituir enquanto um acervo de ciência e consciência, assim como por toda forma de conhecimento possível que podemos produzir e adquirir neste espaço, contribuindo para a consolidação de uma sociedade mais justa e igualitária.

Aos meus familiares, por todo amor, carinho e palavras de incentivo. Em especial a minha mãe (Rubenita), minhas tias e tio (Rosa, Elísia, Celina e José), e primos (Márcio, Nilton, Rude) que sempre se orgulharam da minha determinação e potencial.

Essencialmente aludo à José Saraiva Matos (*in memoriam*), um dos poucos homens de referência ímpar que fez parte da minha vida, sempre com conselhos carregados de sabedoria, experiência e amor. Obrigada por sua vivência e mais ainda por me dar a chance de compartilharmos a nossa trajetória. Sei que onde estiver, estarás orgulhoso dessa sobrinha.

Aos meus amigos, que se propuseram a me encorajar e não me deixaram olhar para trás em nenhum momento. Em especial cito: Crislane Sant'Ana. A ti expresso minha gratidão por me acompanhar e sustentar em momentos emocionais críticos.

As minhas colegas da faculdade, por me acompanharem nessa trajetória de 4 anos, com companheirismo, choros e alegrias mútuas. Sem a nossa interação, esse percurso seria muito mais dispendioso.

Ao Hospital Especializado Mário Leal, pela grande oportunidade de estagiar em uma área que sou fascinada por motivos pessoais e afinidade nata. Vivenciar o cotidiano de um serviço em Saúde Mental foi e será uma experiência única e rica. A partir da vivência concreta neste espaço pude amadurecer o conhecimento das políticas e legislação norteadora, bem como o aperfeiçoamento empírico da instrumentalidade do Serviço Social, através de métodos, técnicas e instrumentos inerentes a experiência de estágio.

As minhas supervisoras de campo e acadêmicas: Jocélia Tito da Silva e Ermildes Lima da Silva, respectivamente. Onde não poderia deixar de prestar minha gratidão, pela receptividade e acolhimento na unidade institucional, como para além disto, a sua prestatividade em compartilhar o seu conhecimento e a instrumentalidade do Serviço Social desenvolvida no ambiente do HEML. Aproveito a oportunidade e deixo o meu agradecimento à Prof.^a Ma. e Assistente Social Ermildes, pelas orientações e direcionamentos, no que tange a este processo contínuo e complexo de construção do âmbito teórico-prático que faz parte do cerne do Serviço Social, rodeado de dúvidas e inquietações por parte dos discentes.

Ao corpo docente de Serviço Social da UFBA, por estimular a práxis profissional, salientando que a realidade não é apenas o aparente/imediatismo, que possamos na prática profissional, frequentemente estar em busca da essência da realidade, colocando como prioridade o usuário e ampliação do direito a este sujeito, sustentando-se pelo Código de Ética e pelas deliberações do Conselho Federal e Regional de Serviço Social.

Em especial referencio à Profa. Ma. e Assistente Social: Larissa Barros, onde tive a oportunidade de ser orientada por uma profissional a qual admiro, devido a sua capacidade de criticidade/reflexividade, propositividade, ética e engajamento. Externo o meu explícito agradecimento pela orientação da monografia, por sua abertura, auxílio, incentivo e disponibilidade em todos os pontos de dificuldades na construção deste trabalho.

Aos(as) convidados(as) pela participação na banca examinadora.

Á todas as pessoas com Transtornos Mentais, ao Sistema Único de Saúde e aos Movimentos Sociais que resistem em prol de uma assistência à Saúde Mental digna e humanizada.

Apreciar esta pauta, alicerçados pelo processo histórico e a atual conjuntura, é umas das formas de reconhecer, que estes indivíduos, muitas vezes estigmatizados e excluídos socialmente, são também sujeitos de direitos.

A defesa de uma atenção integral a pessoas com transtornos mentais, expressa-se no estímulo ao fortalecimento de uma Rede de Atenção Psicossocial, que compreenda o indivíduo para além da saúde-doença e que seja capaz de ofertar um cuidado humanizado e integral a suas necessidades, no qual está condicionado por variados determinantes sociais.

Por fim, me sinto agraciada por encerrar este ciclo, tendo a possibilidade de analisar este processo de forma genuína e reconhecer que tive excelentes profissionais me acompanhando de forma sistemática e qualificada, contribuindo de forma positiva e solidificada, para uma formação profissional ímpar, cumprindo uma missão que se mostra como desafio.

Com sabedoria se constrói a casa, e com discernimento se consolida. Pelo conhecimento os seus cômodos se enchem do que é precioso e agradável.

Provérbios 24:3-4

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo analisar a Rede de Atenção Psicossocial na cidade de Salvador/Bahia, compreendendo a sua organização, entraves e possibilidades do acesso à assistência em Saúde Mental, bem como a distribuição dos serviços ofertados na metrópole supracitada. Para tanto, necessitou-se apreender o contexto histórico da Reforma Psiquiátrica, como também das Conferências Nacionais de Saúde, que trouxeram uma notável contribuição para a efetivação da atual Política de Saúde Mental no Brasil e para a introdução da noção das Redes de Atenção à Saúde. Trata-se de uma pesquisa exploratória, explicativa e qualitativa, visto que utilizou-se para o aprofundamento do tema um detalhado levantamento bibliográfico, bem como a análise documental de legislação referente a Saúde Mental e o Plano Municipal de Salvador, com o objetivo de compreender a estrutura e organização da Rede de Atenção Psicossocial na cidade de Salvador, salientando os seus limites e possibilidades para se constituir enquanto uma Rede de Atenção integral e efetiva. Foi possível perceber que apesar da Rede de Atenção Psicossocial na cidade de Salvador, embora implementada, ainda permanece com muitas lacunas. A RAPS apresenta alguns pontos positivos, porém ainda precisa superar fragmentações, para se constituir enquanto uma Rede de Atenção integral, interligada e conectada desde a Atenção Primária à Saúde. Conforme os autores estudados, faz-se necessário que para a superação do modelo hospitalocêntrico, em face da instituição de uma Rede de serviços substitutiva, que se invista na ampliação e melhoria dos pontos de atenção, que a Atenção Primária à Saúde abranja o acolhimento e atendimento de questões ligadas a Saúde Mental, na valorização e educação permanente dos profissionais tanto da RAPS, quanto da APS, estímulo da autonomia do sujeito, articulado com o fortalecimento dos vínculos sócios comunitários, entre outras ações que efetive a Rede de Atenção à Saúde. Neste sentido a RAPS em Salvador representa algumas possibilidades e avanços no tocante a sua organização, no entanto suas fragilidades evidenciam um panorama de Rede Assistencial deficitária, no sentido de demonstrar que a APS não consegue propiciar a cobertura de mais da metade da população e que as ações e serviços de saúde mental, ainda são insuficientes para atender a demanda da metrópole, trazendo impactos diretos na população usuária do serviço, que carece essencialmente do atendimento, sendo imprescindível um maior investimento dos recursos físicos, financeiros e tecnológicos, bem como a produção e sistematização de dados e informações da Rede, o fortalecimento de ações matriciais e a conexão dos pontos de atenção.

Palavras-Chave: Reforma Psiquiátrica. Rede de Atenção Psicossocial. Saúde Mental. Serviços.

ABSTRACT

This study aims to analyze the Psychosocial Care Network in the city of Salvador / Bahia, including its organization, obstacles and possibilities of access to Mental Health care, as well as the distribution of services offered in the aforementioned metropolis. In order to do so, it was necessary to understand the historical context of the Psychiatric Reform, as well as the National Health Conferences, which brought a notable contribution to the implementation of the current Mental Health Policy in Brazil and to the introduction of the notion of Health Care Networks. It is an exploratory, explanatory and qualitative research, since a detailed bibliographical survey was used to deepen the subject, as well as the documentary analysis of legislation related to Mental Health and the Municipal Plan of Salvador, with the objective of understanding the structure and organization of the Psychosocial Care Network in the city of Salvador, highlighting its limits and possibilities to constitute itself as a comprehensive and effective Network of Attention. It was possible to realize that despite the Psychosocial Attention Network in the city of Salvador, although implemented, it still remains with many gaps. The RAPS presents some positive points, but still needs to overcome fragmentation, in order to constitute itself as an integral, interconnected and connected Network of Attention from Primary Health Care. According to the authors studied, it is necessary to overcome the hospital-centered model in view of the establishment of a substitute services network, that is invested in the expansion and improvement of the points of attention, that Primary Health Care covers the reception and attendance of issues related to Mental Health, in the valuation and permanent education of professionals in both RAPS , as well as the APS, stimulating the autonomy of the subject, articulated with the strengthening of community ties, among other actions that make the Health Care Network effective. In this sense, RAPS in Salvador represents some possibilities and advances in its organization, in the However, its fragilities show a in order to demonstrate that APS can not provide coverage for more than half the population and that mental health services and actions are still insufficient to meet the demand of the metropolis, with direct impacts on the population that uses the service, which it essentially requires service, and a greater investment of physical, financial and technological resources, as well as the production and systematization of data and information of the Network, the strengthening of matrix actions and the connection of points of attention are essential.

Keywords: Psychiatric Reform. Psychosocial Attention Network. Mental health. Service.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	As principais diferenças entre as condições de saúde	34
Figura 1	A mudança dos Sistemas Piramidais e Hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde	36
Quadro 2	Centros de Especialidades X Pontos de atenção secundária de uma Rede.	41
Quadro 3	Panorama geral da Atenção Primária à Saúde em relação aos distritos sanitários da cidade de Salvador.	66
Gráfico 1	Cobertura de Atenção Primária à Saúde. Salvador-BA, 2012-2017	73
Gráfico 2	Total de Estabelecimento Assistenciais de Saúde vinculados ao SUS por tipo de prestador.	78
Quadro 4	Panorama quantitativo dos CAPS em Salvador, 2018	82
Figura 2	Distribuição territorial dos Centros de Atenção Psicossocial (rede própria), Salvador	85
Quadro 5	Panorama geral dos CAPs distribuídos nos distritos sanitários e o contingente populacional, 2018	86
Gráfico 3	Número de atendimentos realizados nos Centros de Atenção Psicossocial, segundo tipo de serviço. Salvador-BA, 2013 a 2016	88
Gráfico 4	Pacientes atendidos no PA psiquiátrico, Salvador-BA, 2014-2016	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde.
ARCT	Atenção Residencial de Caráter Transitório
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Para Usuários de Álcool e Drogas
CAPS IA	Centro de Atenção Psicossocial para infância e adolescência.
DS	Distrito Sanitário
DSS'S	Determinantes Sociais da Saúde
EAS	Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HEML	Hospital Especializado Mário Leal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pronto Atendimento
PCTM	Pessoa com Transtorno Mental
PMS	Plano Municipal de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RP	Reforma Psiquiátrica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TM	Transtorno Mental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	METODOLOGIA.....	15
2	CAPÍTULO I – REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	18
2.1	REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	18
2.2	AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E O SURGIMENTO DA IDEIA DE REDES.....	31
2.3	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	33
2.3.1	Condições de Saúde e Sistema único de Saúde.....	33
2.3.2	Redes de atenção à saúde: conceito e objetivo.....	38
2.3.3	Redes de Atenção à Saúde no SUS.....	42
2.4	REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – ORGANIZAÇÃO, DIRETRIZES E ESTRUTURA.....	44
2.5	A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E AS AÇÕES INTERSETORIAIS.....	51
2.6	PROBLEMATIZANDO A RECENTE PORTARIA 3.588/2017.....	53
3	CAPÍTULO II – MAPEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA CIDADE DE SALVADOR SOB A ANÁLISE DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	62
3.1	OFERTA DE SERVIÇOS E ORGANIZAÇÃO DO SUS MUNICIPAL.....	62
3.1.2	Atenção Primária à Saúde e a RAPS em Salvador.....	62
3.2	PROCESSOS DE TRABALHO E PRECARIZAÇÃO EM SAÚDE.....	73
3.3	A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA RAPS EM SALVADOR.....	77
4	CONCLUSÃO.....	95
	REFERÊNCIAS.....	98

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo, levantar aspectos importantes que problematizam e instigam o interesse da autora no tocante as respostas organizadas pelo Estado no que tange a Política de Saúde Mental na cidade de Salvador, bem como, compreender as contribuições do processo de reforma psiquiátrica ocorrida no Brasil, discutindo os conflitos que permeiam a luta antimanicomial.

Pretende-se compreender a estrutura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), inclusive ampliando um recente debate sobre as novas configurações que a RAPS sofreu, a partir da Portaria Federal de N°. 3.588 de 21 de dezembro de 2017, e as implicações nela inculcida que reverberam em um retrocesso quanto à tentativa de adequação aos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Paralelo a isso, almeja-se fazer um levantamento dos principais serviços públicos de Saúde Mental na cidade de Salvador, capital da Bahia, de código municipal: 2927408, onde este município possui o total de 2,94 milhões de habitantes, sendo a cidade mais populosa do Nordeste e a 4ª cidade mais populosa do Brasil; seguidas de São Paulo (12,04 mi.), Rio de Janeiro (6,5 mi.) e Brasília (2,98 mi.). (IBGE, 2017).

De acordo com o Plano Municipal de Saúde 2018-2021, da cidade de Salvador, a cidade possui uma extensão demográfica de 693,3 km², contando com 12 Distritos Sanitários: Barra/Rio Vermelho; Centro Histórico, Boca do Rio; Brotas; Cabula/Beiru; Cajazeiras; Itapagipe; Itapuã; Liberdade; Pau da Lima; São Caetano/Valéria; Subúrbio Ferroviário. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018).

Conforme a Organização Mundial de Saúde, aproximadamente 3,6% da população global apresenta algum transtorno mental caracterizado como moderado, severo ou grave. A partir da pesquisa realizada em âmbito nacional no ano de 2014, através de uma parceria realizada, entre: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e o Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de ter informações mais concretas quanto ao cenário da saúde mental no Brasil, relata que segundo dados e informações disponibilizadas pela pesquisa, a Bahia tem em torno de 471 mil pessoas em sofrimento psíquico, fazendo assim o Estado ocupar o ranking de 21º no cenário da doença mental, entre todos os estados do país.

Dentro desta população que vive na cidade de Salvador, uma amostra equivalente à 50.000 pessoas encontram-se em sofrimento mental, apresentando sintomas de doença psíquica grave, severa e persistente. (IBGE, 2010).

Nessa perspectiva faz-se necessário identificar os principais limites e possibilidades para a operacionalidade da atenção integral da RAPS, por uma via de análise da própria política de Saúde Mental e como ela está organizada na cidade de Salvador.

O tema da saúde mental sempre me despertou um forte interesse, inicialmente por ter em meu vínculo social duas pessoas em sofrimento mental, com diferentes trajetórias, sintomas, e adaptação ao tratamento. Neste sentido pude vivenciar os obstáculos que existem para acessar os serviços da rede, marcados por longas datas de esperas para consulta médica, negação de matrícula em serviço primordial de acompanhamento, seja por lotação do serviço ou falta de profissionais específicos, entre outras demandas que acabam por limitar a garantia do acesso e acolhimento destes usuários, implicando na obstrução do direito desses sujeitos. É célebre reconhecer a importância dos serviços prestados pelos pontos de atenção sob a vida desses indivíduos.

O interesse pela temática me impulsionou a estagiar na área de saúde mental, onde a minha inserção no campo de estágio, compreendeu do período de 9 de maio de 2017 à 1 de agosto de 2018, em um serviço de referência em Saúde Mental no estado da Bahia. A unidade consiste em um dos poucos hospitais tidos como referência no setor de saúde mental, nos âmbitos ambulatoriais, emergenciais e internações. Uma vez que o hospital é subdividido por setores, a experiência de estágio foi vivida junto ao setor de emergência psiquiátrica, dialogando diretamente com os setores de internação e ambulatório.

A experiência no Hospital Psiquiátrico contribuiu para uma maior aproximação com a área, gerando novos questionamentos. Neste ambiente pude adquirir e desenvolver uma maior proximidade com o espaço sócio ocupacional, bem como um amadurecimento e conhecimento empírico nas esferas teórico metodológicas, e técnicas operativas emergido sob a perspectiva do Serviço Social, no que se refere a dinâmica de um serviço especializado em Saúde Mental, conhecendo a sua legislação norteadora: Lei 10.216/2001, que prevê a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (BRASIL, 2001).

Foi possível perceber as contradições do serviço e as principais demandas que surgem a partir do ingresso no setor, inclusive a conexão intersetorial da Política de Saúde Mental com outras Políticas Sociais, ou seja, a Política de Saúde Mental não está deslocada das outras Políticas Sociais, por vezes o serviço em Saúde Mental, seja a porta de entrada emergencial do indivíduo, que com o decorrer do acolhimento, venha a apresentar expressões ou reivindicações dos serviços de outras Políticas Sociais.

É possível notar que as famílias, na maioria das vezes desprovidas de recursos socioeconômicos, não são contempladas com os serviços apropriados e nem se quer, detém informações necessárias e fundamentais para o acompanhamento. Tratamento este que engloba múltiplos fatores, exemplificado em: serviços médicos, psicológicos, terapêuticos, e farmacêuticos acessíveis.

Assim considero a investigação e discussão do tema de grande importância, pois o trabalho visa propor uma contribuição teórica acerca dos limites e entraves, da Rede de Atenção Psicossocial, orientados pelos princípios da luta antimanicomial que culminou na Reforma Psiquiátrica, considerado uma conquista para a sociedade, e muito mais para os usuários que trazem um histórico de violações de direitos, negação da cidadania e ausência de dignidade enquanto pessoas humanas.

Esse trabalho é uma contribuição ao debate acerca da saúde mental no Brasil, evidenciando a importância da manutenção e reestruturação dos hospitais psiquiátricos, como a própria relevância da consolidação da Rede. Visto que apesar de ter sido implementada, se encontra com seus vínculos matriciais e pontos de atenção fragilizados e com unidades escassas, incompatíveis com a demanda que necessita e solicita o serviço.

A pesquisa procurou compreender os principais entraves e possibilidades da organização da Rede de Atenção Psicossocial na cidade de Salvador/BA, para isto caminhou-se por análises e estudos sobre a história da luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica no Brasil, a análise da organização e articulação das Unidades da Rede de Atenção Psicossocial na cidade de Salvador, e a identificação das principais dificuldades e potencialidades do acesso à Saúde Mental em Salvador.

1.1 METODOLOGIA

A partir da minha vivência por três semestres no campo de estágio em um hospital psiquiátrico na cidade de Salvador, me debruçando sobre a Política de Saúde Mental e sua legislação, destaco aqui, especialmente, a relevância dos atendimentos individuais e participações em reuniões de grupos, tornou-se essencial para observar e priorizar as demandas emergenciais da população que acessa o serviço do hospital psiquiátrico.

Concomitante a isto, ocorreu a observação do fluxo intenso de pessoas sendo admitidas no serviço e o recorrente relato de superlotação e negação de matrículas em pontos de atenção e acompanhamento integral ao usuário, situação frequentemente atribuída à realidade dos Centros de Atenção Psicossociais da cidade de Salvador/Ba.

A partir das experiências cotidianas, são notórios o amadurecimento e o processo de (re)construções de concepções e conceitos, de abordagens metodológicas e do trânsito entre aparência e essência, assim sendo, a experiência e a teoria são capazes de superar o imediato. Desta forma a experiência, a reflexão teórica e a construção do trabalho de conclusão, foram fundamentais para a explicação desta realidade e suas contradições, como por desnudar a realidade de um sofrimento enxergado olho a olho, de histórias sofridas, relatos que marcam e deixam marcas, não só de quem vive, mas também de quem escuta.

Neste sentido a dimensão exploratória foi impulsionada pela minha inserção no espaço sócio ocupacional supracitado, onde tal espaço se constitui em uma unidade hospitalar de referência, singular e específica no que tange aos cuidados em Saúde Mental, prestando serviços em setores emergenciais, ambulatoriais, internação e um programa de medicação de alto custo específico, destinados às pessoas em sofrimentos psíquicos.

Esta monografia caracteriza-se por ser de caráter qualitativo (GIL, 2008), pois pretende-se compreender a organização, estrutura e funcionamento da Política de Saúde Mental, sob a via de análise da Rede de Atenção Psicossocial, observando os limites e possibilidades desta Rede na cidade de Salvador.

Desta forma, o Trabalho de Conclusão de Curso, se dará mediante uma pesquisa exploratória e explicativa.

A pesquisa exploratória, definida por Gil (2008, p. 27):

Pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. De todos os tipos de pesquisa, estas são as que apresentam menor rigidez no planejamento. Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso.

Esta dimensão exploratória concebeu-se a partir do estabelecimento de redes de contatos específicos ao tema e informações extraídas com docentes, que dialogam com a temática, bem como trabalhadores e usuários da Política de Saúde Mental. Este estudo exploratório, também decorreu de um levantamento bibliográfico, como também resoluções de dúvidas com pessoas que têm experiência no tema e no espaço sócio ocupacional, a partir da análise de exemplos que estimulem a compreensão que Gil (2008, p. 27), considera como positivo pois: “pesquisas exploratórias constituem a primeira etapa de uma investigação mais ampla. Quando o tema escolhido é bastante genérico, tornam-se necessários seu esclarecimento e delimitação, o que exige revisão da literatura, discussão com especialistas e outros procedimentos”.

A revisão de literatura integrou a leitura de livros, artigos e sites específicos, tomando como referência autores fundamentais, como: Eugênio Villaça Mendes (2011), Jurandir Freire Costa (1989), Rosa Lúcia Prêdes Trindade (2017), entre outros que descreveram sobre o contexto histórico de Reforma Psiquiátrica, a noção de Rede, a política de Saúde Mental e RAPS, bem como, os marcos regulatórios, a estrutura e organização desta Rede e Políticas intersetoriais que fazem conexão com a Política de Saúde Mental, constituindo assim a primeira etapa da pesquisa. Desta forma:

Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. (GIL, 2008, p. 27).

A segunda etapa da pesquisa foi de cunho explicativo, utilizando como método a análise documental. Através de um estudo do *Plano Municipal de Saúde da cidade de Salvador 2018-2021*, onde foi feito um levantamento de como está organizado os pontos de atenção que compõem a RAPS na cidade de Salvador.

Entende-se por pesquisa explicativa:

São aquelas pesquisas que têm como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos. Este é o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas. Por isso mesmo é o tipo mais complexo e delicado, já que o risco de cometer erros aumenta consideravelmente. (GIL, 2008, p. 28).

Com a união destes elementos, teoria, técnica e instrumentos, pretende-se objetivar o trabalho, que tem como foco abordar algumas questões no tocante aos limites e possibilidades da operacionalidade da RAPS, e os serviços no setor de saúde mental, com desafios e obstáculos diários, que são postos para um cuidado integral, contínuo e humanizado.

2 CAPÍTULO I – REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Neste capítulo, pretende-se compreender o contexto histórico da Reforma Psiquiátrica, como também das Conferências Nacionais de Saúde, que trouxeram uma notável contribuição para a efetivação da atual Política de Saúde Mental no Brasil e para a introdução da noção das Redes de Atenção à Saúde.

A partir disto, pretende-se conhecer a organização estrutural da Rede de Atenção Psicossocial, as políticas intersetoriais que dialogam com a Saúde Mental e os impactos da recente portaria 3.588/2017.

2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Os transtornos mentais sempre fizeram parte da história da humanidade, não só através dos indivíduos acometidos pela própria doença, como também esta patologia, serviu de argumento legítimo, para fundamentar a segregação social de pessoas socialmente “desajustadas”, onde todo aquele que desviasse do padrão normativo, pautados em valores éticos e morais, não poderiam continuar a conviver livremente em sociedade.

Estas pessoas eram severamente estigmatizadas. Segundo Rocha (1989), a intervenção de cunho eugenista, tinha como objetivo o enclausuramento destes cidadãos, que sofriam com torturas e tentativas de readequação social, por via de tratamentos radicais e desumanos: “Os psiquiatras vão se definir, cada vez mais, como higienistas e sua prática vai cada vez mais se apoiar na noção de eugenia que caucionava cientificamente a invasão do campo social pela higiene mental”. (ROCHA, 1989, p. 47).

Por vezes a religião exerceu grande influência, por uma pseudo concepção de que estes, eram possuídos por espíritos malignos, explicando-se assim as mudanças comportamentais

Rocha (1989), afirma que desde o período colonial no Brasil, a intervenção mais utilizada para o tratamento da loucura, eram práticas asilares, onde a noção de especialidade psiquiatria, adveio com a chegada da Família Real no Brasil, em 1808.

Esse mesmo autor, relata que o indivíduo em sofrimento psíquico, era excluído do convívio social, alocados em instituições asilares ou hospitais específicos para a recepção destes, e conviviam com outras pessoas, denominadas de: “desajustados”. Ou seja, inaptos para a vivência em sociedade, como: pessoas com deficiência e/ou com doenças infecto contagiosas,

inválidos, mendigos, homossexuais, criminosos, sob a perspectiva de uma limpeza para transpor o embelezamento urbano.

Nestes estabelecimentos citados, estas pessoas, eram subjogadas e tratadas de maneira degradante, pela via moralista, coercitiva, restritiva e ditatorial à obediência das regras asilares, até o século XIX, essas práticas eram frequentes e aceitas de forma legal e amparada pelo Estado. Assim no Brasil:

Em 1808 foram construídos os primeiros asilos que funcionavam como depósitos de doentes, mendigos, delinquentes e criminosos, removendo-os da sociedade, com o objetivo de colocar ordem na urbanização, disciplinando a sociedade e sendo, dessa forma, compatível ao desenvolvimento mercantil e as novas políticas do século XIX. A psiquiatria nasce, no Brasil com o desígnio de resguardar a população contra os exageros da loucura, ou seja, não havia finalidade em buscar uma cura para aqueles acometidos de transtornos mentais, mais sim, excluí-los do seio da sociedade para que esta não se sentisse amofinada. (ROCHA, 1989, p. 13).

Ou seja, a história da psiquiatria no Brasil, esteve intimamente fundamentada em valores morais e religiosos, rotulando as pessoas em sofrimento mental, como desviadas da ordem social, sendo indivíduos eminentemente perigosos a sociedade, e por isso a sua liberdade era suplantada e os seus direitos eram violados, como se ali não existisse um ser humano, e sim corpos objetificados, passíveis de total controle e sujeitas às mais diversas atrocidades e vilipêndios, como por exemplo: terem seus corpos disponibilizados como objetos, para estudos em universidades, com a autorização legal do Poder.

É importante apreender este contexto, salientando o impacto que as casas asilares¹, que abrigavam estes indivíduos (os hospícios), atingiram de forma negativa a dignidade do ser humano, restringindo alguns direitos, inclusive o da liberdade, a perda de sua própria identidade e a negação de cidadania. Como a recorrente exclusão social que os ditos “loucos” sofrem pela sociedade “padrão”, em nome de uma coletividade; fortalecendo uma ideologia que o “louco”

¹ Cronologia referente ao surgimento das instituições voltadas ao tratamento dos loucos. 1852: inauguração do Hospício Pedro II; 1881: criação da cadeia Doenças Nervosas e Mentais; 1886: Teixeira Brandão substitui Nuno Andrade na direção do Hospício Pedro II; 1890: o Hospício Pedro II passa a chamar-se Hospital Nacional dos Alienados, é separado da administração da Santa Casa e colocado sob a tutela do Estado; Rodrigues Alves nomeia Juliano Moreira diretor do Hospital Nacional dando novo ímpeto à psiquiatria; 1905: surgem os arquivos brasileiros de psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins”. 1907: inauguração da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina-Legal; 1912: a psiquiatria torna-se especialidade médica autônoma; durante os anos 20: são inaugurados a Colônia do Engenho de Dentro, a Colônia de Jacarepaguá e o Manicômio Judiciário. Acredita que Juliano Moreira e seus discípulos exerceram um papel fundamental na psiquiatria brasileira, ao tentar superar uma psiquiatria de reprodução do discurso teórico francês e inaugurar uma “psiquiatria cujos fundamentos teóricos, práticos e institucionais constituíssem um sistema psiquiátrico coerente”. (COSTA, 1989, p. 42).

é um potencial perigo para o meio social, por isto precisa ser isolado e retirado do convívio em comunidade.

Segundo Cavalcanti, Mesquita e Novellino (2010 apud BRITTO; MESQUITA, 2008, p. 3)

Com o relevante crescimento da população, a Cidade passou a se deparar com alguns problemas e, dentre eles, a presença dos loucos pelas ruas. O destino deles era a prisão ou a Santa Casa de Misericórdia, que era um local de amparo, de caridade, não um local de cura. Lá, os alienados recebiam um ‘tratamento diferenciado dos outros internos. Os insanos ficavam amontoados em porões, sofrendo repressões físicas quando agitados, sem contar com assistência médica, expostos ao contágio por doenças infecciosas e subnutridos. Interessante observar que naquele momento, o recolhimento do louco não possuía uma atitude de tratamento terapêutico, mas, sim, de salvaguardar a ordem pública

Por vezes, as pessoas em sofrimento psíquico, eram penalizadas no âmbito jurídico, por ainda o Estado e a Sociedade não compreender as necessidades e limitações desses indivíduos, muitas vezes inconscientes de seus próprios atos.

Do impasse surgido entre os dois aparelhos - médico e judiciário - trata-se de dar a cada um o que lhe é devido: os loucos aos psiquiatras e os criminosos aos juízes. A operação alienista patologizando novos setores do comportamento e complementando a operação judiciária, cujo objetivo é remanejar e o direito de punir numa base completamente racional. (VIEIRA, 1981, p. 51).

Neste período não se tinha a compreensão que os transtornos mentais, estão atreladas a questões químicas, biológicas, psíquicas e sociais. Assim, as pessoas com TM, eram reduzidas a um mero “doente”, desconsiderando que o indivíduo, antes de ser um “louco”, é na verdade um ser humano em sofrimento mental, agravado pela forma de intervenção segregadora e ineficiente.

Segundo Antonelli (2016) colunista do Jornal Gazeta do povo: o primeiro hospital psiquiátrico foi fundado na cidade do Rio de Janeiro em 1852, conhecido popularmente como hospício Pedro II. Pautados em um modelo de cunho moral e educativo, onde os “pacientes” teriam que seguir veementemente as ordens estabelecidas no ambiente hospitalar. Este foi um dos argumentos que legitimaram uma forma de tratamento antidemocrático e segregador, sob a contribuição do francês Philippe Pinel, que defendia o isolamento em detrimento da recuperação e possível ressocialização do indivíduo em sofrimento mental.

A partir de 1903, surge o primeiro manicômio Estatal, de nome: Hospício Nossa Senhora da Luz, na cidade de Curitiba. Em 1907, a compreensão acerca da loucura, passa a receber conotações legítimas e científicas que instituem, o sofrimento psíquico, como uma doença distinta, que merece um tratamento específico. (ANTONELLI, 2016).

Nesta perspectiva, o Brasil permanece com práticas asilares e o investimento é crescente, em criações de leitos psiquiátricos nos manicômios, para agregar as pessoas em sofrimento psíquico. Onde a partir disto, os sujeitos eram segregados da sociedade, tinham seus vínculos relacionais rompidos, e ficavam longos períodos nessas casas, que desenvolvia uma espécie de dependência institucional, pois a sua identidade se esvaía também com a sua dignidade, através do cerceamento de direitos básicos e a submissão coercitiva à tratamentos deteriorantes e humilhantes.

A partir da década de 40, passa-se a adotar intervenções ainda mais severas, cruéis e ineficaz, submetendo esses indivíduos à tratamentos como: eletrochoques, lobotomia, cadeira giratória, banhos gelados.

Posteriormente, na década de 60, também houve um marco histórico na trajetória da psiquiatria no Brasil, conhecido como o Holocausto Brasileiro. Através da obra de Daniela Arbex (2013), em um livro reportagem, retrata: um hospital psiquiátrico, existente na cidade de Barbacena em Minas Gerais, responsável por um genocídio, totalizando 60 mil mortes, e diversos relatos de violência institucional.

O holocausto brasileiro é uma expressão de atrocidades cometidas em um hospício, de certa forma autorizado pelo Estado Brasileiro, com o apoio de médicos, funcionários, estudantes e pela sociedade em geral. Onde ocorreu óbitos em torno de 60 mil pessoas, vítimas de tortura, escravidão, isolamento social, e nenhuma dignidade. Constantemente o direito daqueles indivíduos eram violados e suprimidos: não tinham alimentação adequada, chegavam ao ponto de comer ratos e beber urina ou água oriunda de esgotos, as mães tinham seus bebês arrancados à revelia assim que nasciam, o tratamento era baseado em contenção e medo, como o uso de eletrochoques e lobotomia.

Pode-se ter uma noção da crueldade e do estigma que viviam as pessoas em sofrimento mental. Assim, eram enviados para o Colônia, e estavam sujeitos a perder totalmente suas dignidades e identidades. Como exemplo:

O prontuário do mês de setembro de 1981 indica mais um surto de Sueli. Alegando estar faminta, ela pegou uma pomba no pátio, esfaqueou e comeu na frente de todos, dizendo que era seu único alimento. A cena chocante foi vista por centenas de pessoas, inclusive pelos atendentes, mas ninguém conseguiu enxergar o óbvio: em que a jovem paciente havia se transformado

em uma década de internação. Tratada como bicho, ela comportava-se como um. Decididos a conter a agressividade de Sueli, os médicos reuniram-se. Depois de horas de discussão, apresentaram como sugestão uma medida: arrancar a arcada dentária da paciente. (ARBEX, 2013, p. 110).

Revela também, que os indivíduos eram tão objetificados, que serviram como mercadoria, ou seja, moeda de troca, para universidades, e instituições de ensino e pesquisa, onde viam naqueles corpos, a oportunidade barata e lucrativa, para suprir suas curiosidades e intenções:

Em uma década, a venda de cadáveres atingiu quase R\$ 600 mil, fora o valor faturado com o comércio de ossos e órgãos. Quando os corpos começaram a não ter mais interesse para as faculdades de medicina, que ficaram abarrotadas de cadáveres, eles foram decompostos em ácido, na frente dos pacientes, dentro de tonéis que ficavam no pátio do Colônia. O objetivo era que as ossadas pudessem, então, ser comercializadas. (ARBEX, 2013, p. 68-69).

Segundo Rocha (1989), somente a partir da segunda metade do século XX, passa-se a ter uma reflexão crítica do modelo de tratamento e do saber teórico-científico, como das práticas terapêuticas, instituídas para as pessoas em sofrimento psíquico, baseados nos princípios dos Direitos Humanos, na noção de cidadania e dignidade para estes indivíduos. Através da contribuição de movimentos sociais, e dos profissionais de saúde que lutavam em prol de uma remodelação na forma de intervenção psiquiátrica, assim propondo um modelo substitutivo que pudesse ampliar a vivência comunitária e familiar do indivíduo.

Como também, o saber científico não fosse exclusivamente centrado no médico. Assim ampliando a contribuição de outros conhecimentos específicos para a promoção e recuperação da saúde e também a redução gradativa dos leitos psiquiátricos. Com vistas a criação de um tratamento que compreenda o indivíduo além do rótulo estigmatizante de “doente mental”, e sim perceba-o enquanto uma pessoa em sofrimento mental, levando em consideração seus aspectos sociais, biológicos e psíquicos.

Conforme Heidrich (2007), a ideologia da via institucionalizante e totalmente eugenista, começou a enfraquecer na metade do século XX, quando a partir da década de 1960, o médico psiquiatra italiano: Franco Baságli, então diretor de um hospital psiquiátrico, passa a refletir sobre a forma interventiva que estava sendo dada aos pacientes. Mostrando-se contra ao enclausuramento em casas asilares e propondo necessário a (re)inserção do indivíduo com seus vínculos comunitários e sociais. Contribuindo assim para uma nova lógica, e técnicas no cuidado e atenção na saúde mental.

Nesse sentido, surgem os movimentos que defendem a luta antimanicomial. Segundo Rocha (1989), esta nova reformulação ideológica, sustentada pela tentativa de sobrepor o sistema anterior citado, que visava como forma principal de tratamento à alocação dos indivíduos em hospitais psiquiátricos, rompendo quase ou por completo seus vínculos relacionais e fragilizando o reconhecimento da sua própria identidade. Serviu como base para o nascimento do processo de Reforma Psiquiátrica, que teve como objetivos: reconhecer e evidenciar os manicômios como instituições ineficientes e impróprias para o tratamento e recuperação destas pessoas, salientando que muitos pacientes ficavam extremamente dependentes das casas asilares, por consequência dos tratamentos inadequados e do tempo em que ficavam institucionalizados, como também por perderem seus vínculos sociais e familiares e a própria insegurança de uma reinserção no meio social.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil deve ser entendida como um processo político e social complexo, tendo em vista, ser o mesmo uma combinação de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, 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. (BRASIL, 2005).

Os defensores da luta antimanicomial, argumentava e intercedia por um novo projeto, pautado em um sistema de cuidados, para atender as demandas do usuário, fundado no rompimento do modelo hospitalocêntrico, e na defesa da organização dos serviços, exemplificados em um melhor acolhimento e acompanhamento, estabelecimentos já não mais afastados e sim incluídos na comunidade, de forma a integrar os usuários ao meio social e as ações profissionais serem pautadas para a emancipação, liberdade, dignidade e cidadania destas pessoas.

a reforma psiquiátrica no brasil ganhou notoriedade na década de 70, paralelo ao contexto social-político emergente da época. o movimento pela reforma psiquiátrica tem início no brasil no final dos anos setenta. este movimento tinha como bandeira a luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. o que implicava na superação do modelo anterior, o qual não mais satisfazia a sociedade. (CAVALCANTI; NOVELLINO; MESQUITA, 2010, p. 2).

Vale salientar que o Processo de Reforma Psiquiátrica se deu interligado com o Processo de Reforma Sanitária. Segundo Zambenedetti e Silva (2008), os avanços que o setor da Saúde em seu aspecto geral passou, no campo psiquiátrico também houve resultados positivos,

principalmente nas deliberações dadas nas Conferências Nacionais de Saúde, entre as décadas de 60 á 80.

Zambenedetti e Silva (2008), chama a atenção ao analisar a influência positiva da 3ª Conferência Nacional de Saúde em 1963, onde foram abordados assuntos referentes a demarcação geográfica dos territórios e a concentração política - organizacional que administrava os dispositivos de Saúde Mental, repercutindo em um grande coletivos de pessoas desassistidas visto que a distribuição dos serviços não seguia uma lógica distrital e nem por demanda. O provimento dado a esta reunião, refere se a criação de modelos substitutivos, na tentativa de superar o modelo anterior e a realocação dos serviços de forma descentralizada em seus aspectos geográficos e administrativos. Contudo a operacionalidade dessa proposta precisou ser interrompida, devido ao golpe impetrado no ano de 1964.

Além do cenário ditatorial, a saúde se constituiu enquanto uma ferramenta mercadológica nesta época, assumindo faces assistenciais privatistas, onde o acesso era viabilizado por quem era trabalhador formal e assistidos pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ou diretamente pela via do pagamento direto.

No campo da Saúde Mental, essas ações também foram reproduzidas, refletindo em criação de hospitais psiquiátricos, com forte possibilidade de dependência do serviço asilar, por parte dos usuários. Apenas em 1970 retoma-se a discussão a ineficiência do modelo, pois observa-se a imprestabilidade da intervenção “médico-assistencial-privatista”, que só fez acirrar as demandas sanitárias, causando uma crise no setor da saúde. Segundo Zambenedetti e Silva (2008 apud MERHY; QUEIROZ, 1993; CAMPOS, 1997):

Com base nas limitações observadas em relação a esse modelo dominante de assistência e à crise gerada no setor saúde, começam a surgir, na década de 1970, propostas de reorganização da assistência em saúde, a partir de um projeto de reforma sanitária. Alguns autores apontam o desenvolvimento de projetos com um sentido contrahegemônico em relação ao modelo neoliberal que na década de 1980 culminarão com a aprovação de leis, como a que instituiu o SUS).

De acordo com Gina Ferreira (2006), a Reforma psiquiátrica no Brasil se constituiu enquanto um processo complexo envolvendo as esferas sociais, políticas e econômicas, na década de 70. Período o qual estava em efervescência um importante marco histórico na história brasileira: a Ditadura Militar. Marcado por restrições ditatoriais, principalmente quanto a novas mudanças sociais e a liberdade de pensamentos e expressões. Contraditoriamente esta época desencadeou ações de resistências e lutas, emergidas pela sociedade civil e movimentos sociais

organizados. A Reforma Psiquiátrica acompanhou o processo de abertura política e democrática do País.

A ditadura Militar, expressou-se em um momento de recessão econômica latente no país, com um grande contingente de indivíduos desempregados, vivendo miseravelmente, e padecendo de doenças, concomitante ao modelo sanitário privatista, que só tinha acesso às pessoas com condições para tal, só fazia agravar as condições de vida desta população. No campo da saúde mental, originou-se uma a “indústria da loucura”, favorável ao sistema capitalista.

Crescia a inconformidade social com o sistema de saúde. Em 1971, o Instituto Nacional de Previdência Social - INAMPS gastava 95% do fundo de saúde mental com 269 hospitais da rede privada e em 1981 com 357. É a partir daí que se tornam inadiáveis as discussões que permitiriam a reorganização do setor, que passa a entender as práticas de saúde como práticas sociais articuladas segundo fatores econômicos, políticos e ideológicos. (FERREIRA, 2006, p. 134).

Em 1975 e 1977, acontecem a 5º e 6º Conferência Nacional de Saúde, respectivamente. Momento em que surge a ideia de um Sistema Nacional de Saúde, que possa integrar e regulamentar os serviços de saúde, com a possibilidade de um dispositivo que possa sistematizar as informações, o direcionamento dos serviços em suas particularidades, que possam evitar o trânsito de pessoas sem o perfil, a coordenação das esferas Federais, Estaduais e Municipais, suscitando na aprovação da Lei 6.229 de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, 15 anos depois substituída pela Lei 8.080/90. (BRASIL, 1975).

Na 5ª CNS emerge como problema a heterogeneidade das ações produzidas nos serviços de saúde, problemas nos fluxos de informação e pessoas entre serviços, pluralidade de órgãos atuantes no setor saúde, duplicidade de serviços, descoordenação entre os níveis Federal, Estadual e Municipal, indefinição de políticas e diretrizes para os serviços, competição e rivalidade entre instituições de saúde. Tendo em vista esses problemas, aparecem tanto na 5ª quanto na 6ª CNS discussões sobre princípios de organização de sistema, como: descentralização, hierarquização, regionalização, níveis crescentes de complexidade. Uma das maiores novidades é a própria idéia de “sistema”, que englobe e regule todos os serviços de saúde, sejam públicos ou privados. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008, p. 137).

Mais precisamente em 1978, consolida-se o debate, devido a denúncias de trabalhadores no campo da saúde mental que questionava sobre as condições de trabalho, e a estrutura precária em que os hospitais psiquiátricos funcionavam na cidade do Rio de Janeiro, suscitando em uma intensiva paralisação. Esta ação foi um marco para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que

passou a ganhar força não só no âmbito laboral, mas sendo fortalecido por usuários, familiares e simpatizantes de uma mudança na atenção psiquiátrica.

As décadas de 1970 e 1980 no Brasil foram marcadas por lutas, mobilizações e resistência no que diz respeito à saúde mental e suas formas tradicionais manicomiais hospitalocêntricas no cuidado da pessoa com sofrimento mental. (MAGALHÃES, 2016, p. 2 apud DUARTE, 2013).

A década de 1960 proporcionou experiências, no âmbito do cuidado à pessoa com transtorno mental, que influenciariam toda uma política de saúde voltada para esse público específico de usuários, sobretudo dariam fôlego para a tão sonhada reforma psiquiátrica brasileira. Em pleno regime de ditadura civil militar começam a aparecer experiências de comunidades terapêuticas”. (MAGALHÃES, 2016, p. 2).

O clamor por uma Reforma, teve bases ideológicas externas, advindas do movimento antimanicomial democrático italiano, e também pelo Modelo de Psiquiatria Comunitária Americana que defendia uma quebra de paradigmas quanto a concepção do senso comum sobre os “loucos”, compreendendo não só sua parte psíquica, mas também as esferas biológicas e sociais, tentando desconsiderar a ideia de que o “doente mental” se reduzia apenas a esta patologia, que inclusive com o tratamento correto e mais aberto, o indivíduo poderia desenvolver atividades laborais, assim desmistificando a pseudo ideia de pessoa inútil ao capital. Assim garantindo a este indivíduo a cidadania, e o direito de manter seus vínculos sociais e comunitários.

Essas ações foram imprescindíveis para colocar em xeque o modelo vigente na época: rompendo com instituições asilares, descentralizando a hierarquia do saber médico em detrimento de outras profissões, a prevalência do privado sobre o público, a ausência de outros modelos terapêuticos, a redução e/ou eliminação de intervenções cruéis e degradantes, a quebra do estigma social e a dignidade da pessoa humana.

Conforme Magalhães (2016), na década de 80, alguns anseios dos movimentos pela luta antimanicomial, começaram a ser considerados, com a inserção de alguns líderes da organização pró Reforma Psiquiátrica, participarem de gestões em nível estadual, na cidade de Minas, São Paulo e Rio de Janeiro.

Algumas reivindicações foram aceitas, como por exemplo: instituição de um modelo desinstitucionalizantes possibilitando outras modalidades terapêuticas, a ruptura com a “indústria da loucura”, que aumentou consideravelmente o número de hospitais psiquiátricos, fazendo por barrar novas aberturas de leitos psiquiátricos, a divisão demográfica dos serviços, de acordo com os distritos sanitários e às suas demandas, a ampliação de ambulatórios psiquiátricos como uma forma de diminuir e evitar as internações, e propor ao Estado e a

Sociedade Civil, a importância de um tratamento humanizado, embasado na cidadania, democracia, autonomia e vivência comunitária. (MAGALHÃES, 2016, p. 4).

Desta forma, o contexto sócio histórico e político que emergiu a Saúde Mental no Brasil, vem ganhando novos rumos, a partir do processo de Reforma Psiquiátrica, contudo não é uma conquista efetivamente consolidada, visto que o avanço do ideário neoliberal, compromete a sua manutenção, progresso e ampliação. Visto que:

A saúde mental no Brasil constitui-se um campo de muito conservadorismo. A lógica manicomial-hospitalocêntrica, isto é, aquela que trata a pessoa com sofrimento mental apenas com recursos medicamentosos e abordagens asilares, vem perdendo hegemonia com o passar dos anos no Brasil. O processo de constituição da Reforma Psiquiátrica é o processo de duras críticas àquele modelo da psiquiatria e instituições psiquiátricas tradicionais. Esse processo desembocou em grandes conquistas para os movimentos sociais vinculados a luta antimanicomial. Entretanto, logo após o deleite da vitória novas batalhas foram desenhadas no cenário sócio-político do Brasil, tendo em vista que setores profundamente prejudicados com a lógica da desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos – pauta defendida pelo movimento da Reforma Psiquiátrica – se articulam politicamente em defesa de um projeto neoliberal de sucateamento da Política de Saúde Mental”. (MAGALHÃES, 2016, p. 2).

Doravante a contribuição de Magalhães (2016), é possível perceber que o Processo de Reforma Psiquiátrica foi árduo e apresentou algumas conquistas significativas ao modelo hospitalocêntrico, e todas as consequências desencadeadas a partir disto, principalmente no que tange a dignidade da pessoa em sofrimento mental, porém sofreu um declínio a partir dos anos de 1987, não apresentando uma consolidação efetiva e maior ampliação da Política de Saúde. Em Magalhães (2017, p. 4-5 apud VASCONCELOS, 2010):

No período de 1987-1992, apesar das conquistas da Constituição Cidadã de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde, houve uma paralisação dos avanços conquistados pela sociedade civil na construção de uma política de saúde mental mais humana e efetivamente reformada. O MTSM propõe maior especificidade nos objetivos do movimento que, semelhante a psiquiatria democrática italiana, deveria focalizar suas ações no objetivo de fechar e desvalorizar o modelo do hospital psiquiátrico

É notório que este longo e complexo processo de reforma psiquiátrica, possibilitou uma crítica do modelo retrógrado instaurado por séculos, permitindo a reorientação do sistema e a criação de uma nova rede de serviços, pautados em um conjunto de conhecimentos técnicos, científicos e integrados, baseados em uma atenção multidisciplinar que se constituem em atenção: médica, socioassistencial, previdenciária, terapêutica e inclusiva, que possam

possibilitar ao indivíduo em sofrimento mental, um aparato de cuidados interdisciplinares, que amplie a viabilidade de sua autonomia como cidadão, e a redução dos sintomas, responsáveis por limitar seu convívio em sociedade.

Segundo Cavalcanti, Novellino e Mesquita (2010), apesar da grande relevância das discussões dos movimentos antimanicomiais, e das reflexões dos profissionais do setor de saúde, as mudanças demoraram para serem efetivas, ficando centralizadas apenas em debates, reuniões e encontros de discussões acerca do tema. Em 1988, é criado o Sistema Único de Saúde e apenas em 1989, surge o primeiro Projeto de Lei de autoria do deputado Paulo Delgado (PT/MG), onde seu objetivo era instituir parâmetros de direitos as pessoas com transtorno mental e a supressão paulatinamente dos manicômios no Brasil.

A lei Paulo Delgado 3.657/1989, que se tornou um marco na construção histórica da Reforma Psiquiátrica, foi publicada em 12 de setembro de 1989, e teve como pauta:

O referido projeto objetivava consolidar a reforma psiquiátrica com o fechamento dos hospitais de modelo asilar e com características manicomiais, i.e, aquelas que ferem os direitos humanos, ampliando o âmbito da militância antimanicomial. Concomitante a este processo surgem as primeiras experiências de instituições com propostas de atenção psicossocial que rompem com a lógica hospitalocêntrica, a exemplo do protótipo dos Núcleos de Atenção Psicossocial em Santos (SP)⁶ (1989) (Ibidem), que promovem um tratamento psicossocial extra-hospitalar de atenção à família e aos usuários dos serviços de saúde mental, ampliando, inclusive, a equipe técnica da instituição. Ou seja, o poder institucional do saber psiquiátrico perde a característica de saber dominante, e numa perspectiva interdisciplinar passa-se a tratar a equipe técnica de forma horizontalizada, o que garante um melhor atendimento ao usuário da política de saúde mental. (MAGALHÃES, 2016, p. 5).

Na década de 1990, pela recente Lei 3.657/1989, e pelas discussões ampliadas e constantes nos espaços deliberativos e movimentos da luta antimanicomial, o tema da desinstitucionalização e fechamento dos hospitais psiquiátricos ganhara força e o Estado passa a transferir recursos para Unidades que possuam características psicossociais, com a atuação de equipes inter e multiprofissionais, levando em conta os aspectos bio-psíquico e social da pessoa em sofrimento mental, simultâneo com a fiscalização legitimada por órgãos oficiais aos hospitais psiquiátricos em vigor. Assim ampliaram-se as denúncias aos serviços obsoletos e fora da norma, tendo a atenção legal do Estado, conseqüentemente esta ação fez reduzir consideravelmente o número de leitos hospitalares.

Porém, cabe enfatizar que é somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é aprovada no país. A concordância, no entanto, é uma emenda do Projeto de Lei original, que traz alterações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216/2001 redireciona o amparo em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, no entanto, não estabelece estruturas claras para a progressiva extinção dos manicômios (CAVALCANTI; NOVELLINO; MESQUITA, 2010, p. 5).

Em 1992, nota-se uma maior articulação entre os movimentos organizados da sociedade civil em prol da luta antimanicomial, iluminados pela recente Lei Paulo Delgado 3.657/1989, obtiveram uma significativa conquista no sentido de aprovar gradativamente em algumas esferas estaduais, projeto de leis, que impulsionava a passagem do modelo hospitalocêntrico, por um modelo substitutivo, exemplificados em critérios mais democráticos, humanizados, dialogado com distintos saberes distintos e a meta de reintegrar o indivíduo a sociedade, alargando sua convivência com a comunidade.

Assim 12 anos mais tarde, aprova-se a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, que reitera a Lei Paulo Delgado, no sentido de substituir gradativamente os hospitais psiquiátricos, e para além disso, tem por objetivo, assegurar o direito das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo de atenção em saúde mental, priorizando as instituições com caráter terapêutico psicossocial, formalizando uma nova concepção de tratamento e uma ruptura com o modelo anterior, passando a ganhar alicerces sólidos, consolidados, veiculados e bem fundamentados

A partir disso, suscitou as bases estruturantes para a constituição do que hoje representa uma rede integralizada de atenção à saúde mental. Com a perspectiva de transformação, baseado em uma mudança estrutural e ideológica, no tocante a prestação dos serviços de saúde mental, influenciado pelo movimento antimanicomial da Itália, que compreendia que o sujeito em sofrimento mental, não poderia ter suas relações sócio familiares e comunitárias estagnadas, e que mesmo com o sofrimento psíquico ao qual se encontra, ou seja, mesmo estando psiquicamente adoecido, ele pode estar clinicamente sadio.

Fazendo-se por necessário a substituição de um modelo extremamente hospitalocêntrico, para um recurso terapêutico inclusivo, que fosse sensível aos aspectos biológicos, sociais e psíquicos destes indivíduos, com um suporte de profissionais de saberes distintos e não mais figurado centralmente no médico, desta maneira possibilitando a inserção de novos saberes e práticas essenciais para a manutenção de um serviço capacitado e a qualidade de vida dos usuários. Desta forma:

A Luta Antimanicomial possibilitou o desenvolvimento de pontos extremamente importantes para a desinstitucionalização da loucura. Podemos destacar aqui o surgimento de relevantes serviços de atendimentos Extra-Hospitalares oriundos da Reforma Psiquiátrica: Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); Centro de Atendimento Psico-social (CAPs I, CAPs II, CAPs III, CAPsi, CAPsad); Centro de Atenção Diária (CADs); Hospitais Dias (HDs); Centros de Convivência e Cultura. (CAVALCANTI; NOVELLINO; MESQUITA, 2010, p. 6).

Assim, a Rede de Atenção Psicossocial, implementada pela Lei 3088 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)”. (BRASIL, 2011).

Tem como essência o reconhecimento de uma conectividade entre as dimensões: bio-psíquico-social, o tratamento integral e humanizado, e o fortalecimento da autonomia do sujeito. Porém, a Reforma Psiquiátrica é um processo de ações progressivas, e que ainda com a consolidação da RAPS, é necessário estar em constante reflexão, com objetivo de evitar a reprodução do modelo psiquiátrico, pois:

Cria-se, assim, uma situação paradoxal, pois apesar da afirmação de que os serviços destinam-se a sujeitos em sofrimento psíquico, o acesso a tais serviços é garantido mediante um diagnóstico, a demarcação de uma especificidade – quando o SUS enfatiza princípios como universalidade e saúde como direito de “qualquer um”. O que esse paradoxo evidencia é o atravessamento neoliberal, o questionamento do limite da intervenção estatal e a adoção de políticas focais (incentivadas pelos organismos internacionais) que adquirem um duplo sentido discriminatório: de um lado, exclui a parcela da população que não se encaixa nesse perfil; de outro, garante o acesso aos serviços mediante uma marca, representada por diagnósticos carregados social e historicamente por estigma e discriminação. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008, p. 145).

Contudo apesar de implementada, e ser considerada um avanço para a sociedade, movimentos antimanicomiais, familiares e usuários, e profissionais, ela enfrenta grandes problemáticas, pois como preconiza a Constituição Federal de 1988, que a Saúde é um dever do Estado e Direito de todos, na prática a viabilidade do acesso se ver com entraves, principalmente nos pontos de atenção de serviços psiquiátricos.

2.2 AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E O SURGIMENTO DA IDEIA DE REDES

Desta maneira a noção de rede surge a partir de uma discussão no campo geral da saúde, que também passa a englobar a Saúde Mental, debatidas em espaços de participação popular, como as Conferências Nacionais de Saúde. Sob a perspectiva da criação de uma gama de serviços, que se articulem, para propiciar uma maior eficiência nos resultados que visam atingir, onde ações são pensadas horizontalmente, de acordo com as especificidades da população, divididas e organizadas pelos distritos sanitários, e também alicerçadas pela substituição de modelos de atenção à saúde que não dialogam entre si, do que Eugênio Vilaça Mendes (2011, p. 50), denominara de Sistemas Fragmentados de Atenção à Saúde:

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos.

Esse afloramento da discussão sobre Rede, deu-se a partir do Processo de Reforma Sanitária, e o exaurimento do modelo “Sanitarista-Campanhista”, que se dava em face de medidas esporádicas, visando combater doenças epidemiológicas em massa, com o caráter repressivo e antidemocrático. Tornando-se uma medida obsoleta, que não satisfazia os anseios clínicos da população, ineficientes em dar uma resposta produtiva, levando em conta os aspectos regionais, culturais, sociais e econômicos de uma nação.

Desta forma em 1963, há o primeiro debate sobre a noção de rede, na 3ª Conferência Nacional de Saúde, problematizando aspectos, como distribuição de serviços por território, pauta esta que foi levantada pela constatação de um grande contingente de cidadãos estarem sem acesso aos serviços, pela distância demográfica de localização dos mesmos, e também como estratégia de contenção de gastos, pois a partir da constituição de uma rede, os serviços poderiam ser operacionalizados de acordo com sua peculiaridade, assim se tornando mais econômico. A resolução dada nesta conferência, foi:

Como solução, sugere-se a extensão da cobertura assistencial através da criação de uma rede básica de “serviços médico-sanitários”.Essa rede constituiria uma espécie de dispositivo de “reversão do modelo”, passando das campanhas para a estruturação de uma [sic] infra-estrutura de saúde, composta

por serviços de saúde permanentes, constituídos de maneira descentralizada (tanto geográfica quanto administrativamente). (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008, p. 136).

No sentido mais específico da Saúde Mental, o tema das redes também foi pauta na 3ª Conferência Nacional de Saúde, a partir do reconhecimento que os serviços fossem organizados quanto à suas prioridades e demandas, e houvesse a criação de modelos substitutivos aos hospitais asilares, aproximadamente mais de 20% dos pacientes admitidos em hospitais psiquiátricos não precisariam do serviço. Contudo: “Nesse momento ainda não está presente a (sic) idéia de que a doença mental possa ser pensada na atenção básica, por exemplo, em decorrência do predomínio do paradigma da doença e da separação das doenças mentais em relação às demais”. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008, p. 136).

Próximo a este período, a conjuntura de ditadura militar no Brasil, não favoreceu a ampliação das discussões referentes à reformulação do modelo de atenção à Saúde, muito menos a implantação de uma rede com os critérios debatidos na 3ª Conferência Nacional de Saúde em 1963. Com o golpe de 64, a Ditadura Militar, trouxe retrocessos perante essas questões, favorecendo o modelo “médico assistencial privatista”, direcionando algumas práticas como: hierarquização da figura do profissional médico, como superior e autossuficiente à outras profissões ligadas ao cuidado, o incentivo da medicina curativa em detrimento da medicina preventiva, o afunilamento e seletividade dos cidadãos com direito ao acesso aos serviços médicos, limitando-se apenas aos trabalhadores formais pela via da assistência previdenciária e contribuindo para a criação de uma medicina de mercado, que para ter a possibilidade do acesso, seria pela via pecuniária.

Assim a noção de Rede, só pôde ter sido retomada, na década de 1970, pois de acordo com Zambenedetti e Silva (2008, p. 137)apud MERHY; QUEIROZ, 1993; CAMPOS, 1997):

Com base nas limitações observadas em relação a esse modelo dominante de assistência e à crise gerada no setor saúde, começam a surgir, na década de 1970, propostas de reorganização da assistência em saúde, a partir de um projeto de reforma sanitária. Alguns autores apontam o desenvolvimento de projetos com um sentido contra hegemônico em relação ao modelo neoliberal que na década de 1980 culminarão com a aprovação de leis, como a que instituiu o SUS.

Neste sentido, o movimento da luta antimanicomial e a concretização do discurso da Reforma Psiquiátrica, ampliou os debates e consolidou suas pautas a serem discutidas no âmbito legislativo e regimental, favorecendo a criação de legislações que respaldem e legalizem os princípios pleiteados em prol de uma ruptura com o modelo psiquiátrico.

2.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2.3.1 Condições de saúde e os sistemas de atenção à saúde

No histórico da prestação de Saúde no Brasil, as formas de atenção à saúde da população Brasileira, foi dada de diferentes formas (vezes fragmentadas, vezes mais integralizadas), segundo Mendes (2011), as condições de saúde é uma pauta principal a ser analisada, no tocante à estruturar e organizar uma categoria central: Atenção à Saúde. “As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde”. (MENDES, 2011, p. 25).

Neste sentido, é a partir de determinada condição de saúde de um indivíduo ou grupo que se pensa em estratégias de assistência, através de uma atenção integralizada a este sujeito.

No campo da Saúde, as doenças são segmentadas usualmente em: doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis, porém Mendes (2011), faz uma crítica a esta divisão, pois ela não é capaz de racionalizar os motivos da organização de um sistema de atenção à Saúde. Neste sentido, este conceito, é raso e não consegue corresponder o objetivo da existência de um Sistema de Atenção à Saúde integral. Assim, explica:

A razão é simples: do ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde – o objeto dos sistemas de atenção à saúde – certas doenças transmissíveis, pelo longo período de seu curso natural, estão mais próximas da lógica de enfrentamento das doenças crônicas que das doenças transmissíveis de curso rápido. Por isso, tem sido considerada uma nova categorização, com base no conceito de condição de saúde, desenvolvida, inicialmente, por teóricos ligados aos modelos de atenção às condições crônicas (VON KORFF et al,1997; HOLMAN E LORIG, 2000), e depois acolhida pela Organização Mundial da Saúde (2003): as condições agudas e as condições crônicas. (MENDES, 2011, p. 25).

Esta nova tipologia, a qual Mendes (2011) se refere, fundamenta-se em ampliar a compreensão do que é uma condição de saúde, levando em consideração, dois aspectos principais: o espaço temporal dessa condição (momentânea ou prolongada), e a forma em que esta condição de saúde, é respondida por um sistema específico de atenção, onde avalia-se a incidência de uma queixa principal ou um acúmulo de sintomas contínuos.

Outros aspectos que suscitaram a reformulação do conceito, refere-se a necessidade da elaboração de um plano de atenção, produzidos pelos usuários e equipe de Técnicos em Saúde. Mendes (2011), salienta que a estrutura de atenção à Saúde, com características integralizadas

ou fragmentadas, é fundamental para se constituir enquanto uma forma de estratégias eficientes (ou não) a estas condições de saúde citadas.

Entre as condições de saúde, elas podem ser aguda, compreendendo por sintomatologia aproximada de 3 meses, ou seja, de curto período, como exemplo gripe ou traumas, como pode ser crônica, podendo vir-a-ser permanentes ou definitivas, como exemplo doenças infecciosas e transtorno mentais.

Salientando que as condições de saúde aguda podem evoluir para uma condição de saúde crônica. A atenção à saúde, é empregada sob diferentes condições que se manifesta, é respondida de acordo a sua agudização ou cronificação. No quadro a seguir, está exemplificado as condições (aguda e crônica) de acordo com as diversas variáveis, que incidem em diferentes abordagens para cada tipo de caso:

Quadro 1- As principais diferenças entre as condições de saúde

Variável	Condição Aguda	Condição Crônica
Início	Rápido	Gradual
Causa	Usualmente única	Usualmente múltiplas
Duração	Curta	Indefinida
Diagnóstico e Prognóstico	Comumente acurados	Usualmente incertos
Teste Diagnósticos	Frequentemente decisivos	Frequentemente de valor limitado
Resultado	Em geral, cura	Em geral, cuidado sem cura
Papel dos Profissionais	Selecionar e prescrever o tratamento	Educar e fazer parceria com as pessoas usuárias
Natureza das Intervenções	Centrada no cuidado profissional	Centrada no cuidado multiprofissional e no autocuidado
Conhecimento e Ação Clínica	Concentrados no profissional médico	Compartilhados pelos profissionais e pessoas usuárias
Papel da Pessoa Usuária	Seguir as prescrições	Co-responsabilizar-se por sua saúde em parceria com a equipe de saúde
Sistema de Atenção à Saúde	Resposta reativa e episódica	Resposta proativa e contínua

Fonte: Mendes (2011, p. 28) Von Korff (1997) Holman e Lorig (2000) Organização Mundial da Saúde (2003) Lorig et al. (2006).

No que se refere as condições de saúde mencionadas acima e como elas são categorizadas em patologias psiquiátricas, os transtornos mentais, se constituem enquanto doenças que podem ser agudas ou de cunho crônico, pois majoritariamente o transtorno psiquiátrico tem manifestações subjetivas, para além de sintomas físicos, ou seja, a linha tênue que define essa condição de saúde, fundamenta-se na observação de queixas advindas dos indivíduos e/ou familiares, de sintomas isolados ou frequentes, e como estas ocorrências, impactam as rotinas habituais de sua vida. Desta forma os transtornos mentais agudos, expressam-se em breves episódios, que trazem poucos prejuízos em suas atividades sociais e laborais, por outro lado, os transtornos crônicos, trazem consequências negativas no que tange, ao desenvolvimento de ações rotineiras, limitando a sua capacidade de interação social e produtividade no trabalho. (CARNEY, 2018).

Segundo Mendes (2011), os sistemas de Atenção à Saúde, tem como pauta principal as condições de saúde de uma população. A Organização Mundial de Saúde define este sistema, como um conjunto de ações, que visam principalmente promover, manter e/ou recuperar a saúde de uma população, no sentido de alcançar um nível regular de pessoas com boas condições de saúde, aquinhado de forma equilibrada a este grupo e assegurar a garantia protetiva de riscos no âmbito da saúde aos indivíduos, prestando serviços seguros, efetivos e eficientes. Desta forma, o Sistema de Atenção à Saúde, é compreendido por:

Os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Nesse sentido, eles devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares. (MENDES, 2011, p. 45).

Neste sentido, o autor chama a atenção, para evidenciar uma crise inerente e enfrentada pelos Sistemas de Atenção à Saúde , pois existe uma concepção cultural de que as condições crônicas de Saúde são manifestações raras, minimamente importantes que as Condições de Saúde aguda, desta forma se mostrando uma ameaça longínqua, assim a sua forma de enfrentamento, resulta no negligenciamento do cuidado.

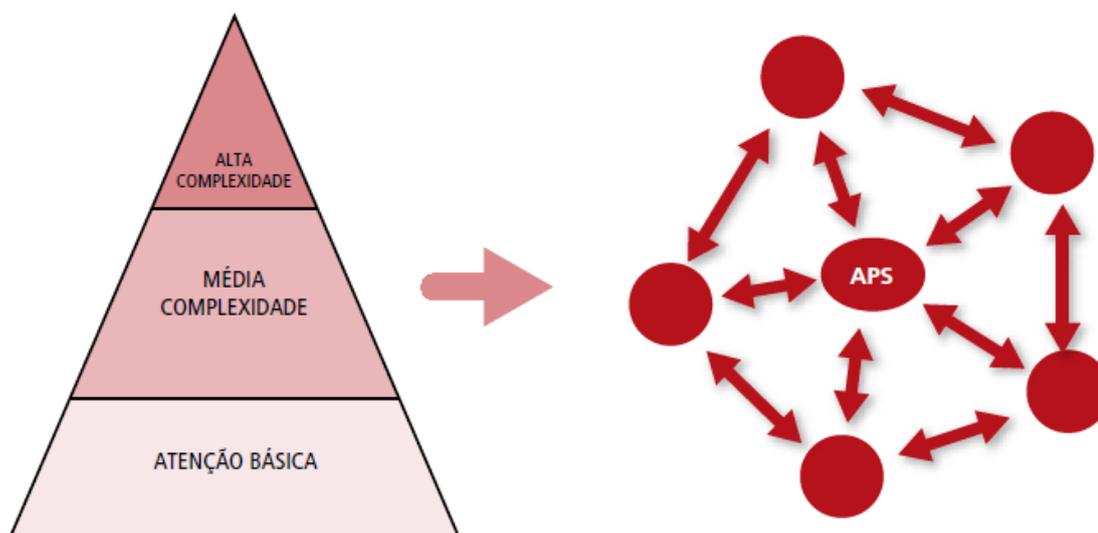
Por fim, a razão técnica para a crise dos sistemas de atenção à saúde consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos de agudização das condições crônicas – normalmente autopercebidos pelas pessoas – por meio da atenção à demanda espontânea, principalmente em unidades de pronto atendimento ambulatorial ou hospitalar. E desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos das condições crônicas quando elas, insidiosa e silenciosamente, evoluem. (MENDES, 2011, p. 48).

Consequentemente, se faz necessário a defesa de um Sistema de Atenção à Saúde que não hierarquize uma condição de saúde em detrimento da outra, pois as condições agudas e crônicas, exigem atenções e planejamentos de enfrentamento específicos:

É imprescindível mudar, radicalmente, essa lógica, implantando-se um novo arranjo do sistema de atenção à saúde que, além de responder às condições agudas e aos momentos de agudização das condições crônicas nas unidades de pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar, faça um seguimento contínuo e proativo dos portadores de condições crônicas, sob a coordenação da equipe da atenção primária à saúde, e com o apoio dos serviços de atenção secundária e terciária da rede de atenção, atuando, equilibradamente, sobre os determinantes sociais da saúde distais, intermediários e proximais, sobre os fatores de riscos biopsicológicos e, também, sobre as condições de saúde manifestas e suas sequelas. (MENDES, 2011, p. 49-50).

Conforme figura abaixo, conclui-se que os Sistemas de Atenção à Saúde, podem ser fragmentados, no sentido de se constituir enquanto um ciclo de atenção deficiente e isolado, com critérios hierárquicos, subdivididos por graus de complexidades. A atenção Primária a Saúde, não é articulada com a atenção secundária e terciária. Por outro lado, o Sistema de Atenção à Saúde integralizado, se propõe a um equilíbrio do cuidado tanto em nível agudo, quanto crônico, a partir de ações coordenadas e pontos de atenção estratégicos, que visam ampliar a garantia de uma atenção permanente e completa aos cidadãos.

Figura 1 - A mudança dos Sistemas Piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção á Saúde.



Fonte: Mendes (2011, p. 84).

Mendes (2011), salienta que o Sistema Único de Saúde, hegemonicamente tem características hierarquizantes, que classificam as prioridades, por níveis de complexidade, assim: atenção básica, média e alta complexidade. Portanto, o autor faz uma crítica sobre essa estrutura, ao afirmar que:

É a APS que deve atender mais de 85% dos problemas de saúde; é aí que situa a clínica mais ampliada e onde se ofertam, preferencialmente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde: cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividade física etc. Os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades. Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, os políticos, os gestores, os profissionais de saúde e a população, a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e, por consequência, a uma banalização da “APS”. (MENDES, 2011, p. 83).

Desta forma ao organizar o Sistema, a partir desta lógica, acaba por entender que a atenção primária, é menos relevante que os outros setores que compõe a estrutura. Tudo isto, acaba por acarretar em uma desvalorização sobre a atenção primária, e paralelo a isto, ocorre a sobrevalorização dos níveis secundário e terciário, cujos requerem maiores aparato tecnológicos e recursos financeiros.

Os sistemas de atenção à saúde movem-se numa relação dialética entre fatores contextuais (como envelhecimento da população, transição epidemiológica e avanços científicos e tecnológicos) e os fatores internos (como cultura organizacional, recursos, sistemas de incentivos, estrutura organizacional e estilo de liderança e de gestão). Os fatores contextuais que são externos ao sistema de atenção à saúde mudam em ritmo mais rápido que os fatores internos que estão sob a governabilidade setorial. Isso faz com que os sistemas de atenção à saúde não tenham a capacidade de adaptarem-se, em tempo, às mudanças contextuais, especialmente demográficas e epidemiológicas. Nisso reside a crise universal dos sistemas de atenção à saúde que foram concebidos e desenvolvidos com uma presunção de continuidade de uma atuação voltada para as condições e eventos agudos e desconsiderando a epidemia contemporânea das condições crônicas. Como consequência, temos uma situação de saúde do século XXI sendo respondida por um sistema de atenção à saúde desenvolvido no século XX, quando predominaram as condições agudas, o que não pode dar certo. (MENDES, 2011, p. 51).

2.3.2 Redes de atenção à saúde: conceito e objetivo

A Rede de Atenção à Saúde RAS², segundo Mendes (2011), se constituiu enquanto uma proposta contemporânea, originada a partir de ações empíricas e bem sucedida realizadas nos Estados Unidos, como também para acompanhar o que preconiza o Sistema de Atenção à Saúde Integral. Assim a RAS, mostrou-se como um caminho precursor do Sistema de Atenção à Saúde Integral, como uma ação viável para sair da crise que assola os Sistemas de Atenção fragmentados, ultrapassando a competição e privilegiando a cooperação, com o objetivo de findar com a tautologia, estabelecendo normativas clínicas, e executar uma atenção de saúde integral e horizontal dos serviços, como também estratégia de economia, pois a partir de uma ação descentralizada e horizontal, pode-se definir melhor as demandas e necessidades de uma população de acordo com o recorte demográfico, assim os recursos financeiros são melhores distribuídos com destinação objetiva. As Redes de Saúde, sob a lógica de um Sistema Integral à Saúde, dispõem sobre:

As mudanças no sistema de atenção à saúde deverão fazer-se nas seguintes direções: voltar o sistema para a atenção às condições crônicas, fazer uso intensivo da tecnologia da informação, eliminar os registros clínicos feitos à mão, promover a educação permanente dos profissionais de saúde, coordenar a atenção ao longo da rede de atenção, incentivar o trabalho multidisciplinar e monitorar os processos e os resultados do sistema. Wan et al. (2002) verificaram que os sistemas mais integrados

² As propostas de RASs são recentes, tendo origem nas experiências de sistemas integrados de saúde, surgidas na primeira metade dos anos 90 nos Estados Unidos. Dali, avançaram pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e para o Canadá, até atingir, posteriormente, alguns países em desenvolvimento. Na realidade, a proposta de RASs é quase centenária, já que foi feita, pela primeira vez, no Relatório Dawson, publicado em 1920 (DAWSON, 1964 apud MENDES, 2011, p. 61).

apresentaram maior potencial de prover um contínuo de cuidados coordenado e maior eficiência no âmbito hospitalar. As razões foram a integração de processos e serviços, a estrutura de governança, o trabalho multidisciplinar, a coordenação do cuidado, a integração clínica e os sistemas integrados de informação. (MENDES, 2011, p. 63).

No Brasil, a noção de Rede de Atenção à Saúde, é proposta a partir da possibilidade, de “corrigir” a um Sistema de Saúde fragmentado e hegemônico, substituído então por um Sistema que fosse organizado, através dos distritos sanitários, e operacionalizasse projetos com recursos limitados em contrapartida de problemas complexos, ou seja uma maior economia de recursos físicos e financeiros, planejadas a partir da regionalização e demanda, entre outros:

Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional. Isso se fará por meio de um “sistema sem muros”, eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção – do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores público e privado – ligados por corredores virtuais que ultrapassem, de fato, as fronteiras municipais com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados. (MENDES, 2011, p. 67-68).

Sobre a organização da Rede de Atenção à Saúde, é disposta sobre uma gama de serviços à saúde, com aparatos tecnológicos distribuídos de maneira equitativa. De acordo com Vilaça Mendes (2011), para uma Rede ser legitimada enquanto uma gama de serviços eficiente e eficaz, necessita-se que seja balizada por princípios, como: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção.

Os níveis de atenção são importantes, para destinar os recursos, estabelecendo o viés gerencial:

Os níveis de atenção à saúde estruturam-se por arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a Atenção Primária de Saúde, ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde. (MENDES, 2011, p. 78).

Segundo Mendes (2011) a Organização Mundial de Saúde, as Redes de Atenção à Saúde, possuem características, tais como: ações de cunho preventivo e curativo, gama de serviços integrados, atenção à saúde permanente, distintos níveis de atenção, conexão da política de Saúde com o setor de gestão da mesma, e o trabalho intersetorializado. E estão baseados em três elementos:

As RASs constituem-se de três elementos fundamentais, que Mendes (2011), direciona em: uma população sob a sua responsabilidade econômica (subdividida por distritos sanitários), uma estrutura operacional, (entendo por ligações materiais e imateriais que conectam os “nós” da Rede, para se constituir enquanto um serviço integralizado) e um modelo de atenção à saúde.

Como parâmetro do direcionamento das suas ações, necessita de uma prestação de serviços, baseadas no princípio de territorialização/regionalização, tendo bem limitado o perfil epidemiológico de determinada região, o oferecimento de intervenções preventivas, curativas, diagnósticas, tratamento e reabilitação, ao alcance dos cidadãos.

Bem como, possuir uma Atenção Primária de Atenção à Saúde, que possa exercer o papel fundamental de porta de entrada no serviço, e direcionar para outros níveis mais complexos se for necessário, também é importante uma coordenação voltada ao cuidado contínuo através de uma equipe multidisciplinar, sempre com a atenção voltada para o indivíduo e os seus laços familiares e comunitários, levando em consideração os aspectos específicos (cultura, hábitos gênero) de cada território.

No âmbito da gestão e organização do sistema, propõe a participação de governança, a integração dos conjuntos administrativos e da clínica, recursos humanos e físicos suficientes, uma gama de informações, a partir de um Sistema de Informação.

No tocante aos serviços que compõem a rede e os seus membros, sustentados por um financiamento tripartite capaz de adequar o que preconiza a estrutura de uma Rede de Atenção e o desenvolvimento de um trabalho intersetorial. O conceito de RAS's, segundo:

Pode-se definir as RASs como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.(MENDES, 2011, p. 82).

As RAS,'s é implementada para executar uma maior eficácia e eficiência na gestão dos sistemas organizacionais de Saúde, buscando a integralidade do cuidado. No Sistema Único de Saúde, as Redes de Atenção à Saúde, são conceituadas, como:

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2010).

Mendes (2011), faz um comparativo das distinções entre os centros de especialidades médicas e os pontos de atenção de uma rede:

Quadro 2 - Centros de Especialidade x Pontos de atenção secundária de uma Rede

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	PONTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA DE UMA RAS
Planejamento da oferta	Planejamento das necessidades
Unidade isolada sem comunicação fluida com outros níveis de atenção	Ponto de atenção à saúde com comunicação em rede com os outros níveis de atenção
Sistema aberto	Sistema fechado
Autogoverno	Governo pela APS
Acesso regulado pelos gestores da saúde, diretamente no complexo regulador	Acesso regulado diretamente pela equipe de APS
Atenção focada no cuidado do profissional médico especialista	Atenção focada no cuidado multiprofissional
Relação entre generalista e especialista: ou inexistente ou faz-se por referência e contra-referência sem conhecimento pessoal e sem trabalho conjunto	Relação entre generalista e especialista: relação pessoal com trabalho clínico conjunto
Decisões clínicas não articuladas em linhas-guia e em protocolos clínicos, construídos com base em evidências	Decisões clínicas articuladas em linhas-guia e em protocolos clínicos, construídos com base em evidências
Prontuários clínicos individuais, não integrados em rede	Prontuários clínicos eletrônicos, integrados em rede, especialmente com a APS
Não utilização das ferramentas da gestão da clínica	Utilização rotineira das ferramentas da gestão da clínica
Função meramente assistencial	Função assistencial, supervisional, educacional e de pesquisa
Pagamento por procedimento	Pagamento por orçamento global ou capitação ajustada

Fonte: Mendes (2011, p. 103).

Percebe-se que o cuidado em Saúde, através da concepção de Rede, amplia as estratégias de assistência, no sentido de os pontos de atenção estarem articulados, sob a lógica multidisciplinar, ações matriciais, planejamento de intervenções e com a criação de um Sistema integrado de informação.

2.3.3 Redes de Atenção à Saúde no SUS

A partir da PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. (BRASIL, 2011).

Este documento, tem por finalidade a criação de propostas viáveis a superação dos Sistemas Fragmentados de atenção à Saúde, melhorando a Política de Saúde, como a Instituição em si do SUS, no sentido de ofertar ao usuário uma gama de serviços, capaz de atender as suas necessidades sejam elas, preventivas, ou curativas, sob a lógica gerencial de eficiência e efetividade dos serviços. O documento foi sintetizado a partir de um debate governamental, envolvendo o Ministério da Saúde e o Grupo de trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite, tendo como representantes os conselheiros do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Ministério da Saúde (MS). (BRASIL, 2011).

As principais justificativas³ para a necessidade da formulação de uma diretriz norteadora, no tocante a organização da Rede de Atenção à Saúde, fundamentam-se em:

A organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por: (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS). (BRASIL, 2011).

³ Considera-se, ainda, o atual perfil epidemiológico brasileiro, caracterizado por uma tripla carga de doença que envolve a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição características de países subdesenvolvidos, importante componente de problemas de saúde reprodutiva com mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis, e o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito, trazendo a necessidade de ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, as condições agudas. (BRASIL, 2011).

Os serviços da Rede de Atenção à Saúde são desenvolvidos em instituições, denominadas de pontos de atenção, onde são ofertados serviços específicos igualmente importantes para a integralidade do cuidado, se singularizando apenas pela quantidade e/ou densidade de aparatos tecnológicos, inerentes à tipologia de atenção primária, secundária ou terciária. Neste modelo de atenção à Saúde, os integrantes que compõem a equipe multidisciplinar, devem priorizar os usuários, e direcionar o seu cuidado e ética profissional, para um atendimento qualificado, envolvendo dimensões como: a existência de um Projeto Terapêutico Singular, escuta ativa, o acesso ao direito de informação e responsabilidade no tocante ao cuidado e ações desenvolvidas em prol disto.

São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros. (BRASIL, 2011).

Desta forma, a Rede de Atenção à Saúde, operacionalizada pelo Sistema Único de Saúde do Brasil, preconiza uma organização dos serviços de forma horizontal e também verticalizada, para coordenar ações entre os diversos setores que compõe o serviço, valorizando as esferas de participação social, que delimitam as demandas regionais, no sentido de fortalecer a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), respeitando a integralidade do cuidado, com foco prioritário no usuário e o seu vínculo, com a família e a comunidade, para assim reduzir consideravelmente aspectos que acentuam os riscos à Saúde.

Segundo o Ministério da Saúde em 2011, em seu caderno de Departamento de Atenção Básica, as Redes de Atenção à Saúde, implementadas e operacionalizadas atualmente no Sistema Único de Saúde do Brasil, são organizadas por arranjos temáticos, facilitando assim os debates, estratégias, monitoramento e avaliação do enfrentamento das vulnerabilidades e/ou agravos que acometem uma população.

As Redes de Atenção a Saúde no SUS, são as: Rede Básica de Saúde (atuar como porta de entrada de um serviço, identificando riscos, e demandas de saúde, sob a articulação de diferentes instrumentos de cuidado individual e coletivo e reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, e direcionando para outros pontos de atenção, caso necessário); Rede de Saúde Bucal (prevenção, tratamento e reabilitação de cuidados odontológicos); Rede de Atenção às Urgências e Emergência (Pretende articular e integrar, no SUS, o acesso humanizado e contínuo aos cidadãos em situação de urgência e emergência nos

serviços de saúde, de forma ágil e eficiente.); Rede de Atenção Psicossocial (tem por objetivo à ampliação e qualificação do acesso a intervenções de atenção, tratamento e reabilitação para usuários de crack, álcool e outras drogas e pessoas em sofrimento psíquico); Rede Cegonha (fundamenta-se nos princípios da humanização e assistência, com vistas a implementar uma rede de atenção para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, no limite de até 2 anos de idade); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência esta Rede (tem por objetivo, assegurar a atenção integral às pessoas com deficiência física, visual, auditiva, intelectual, ostomia e múltiplas deficiências, seja ela temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável, no âmbito do SUS); Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas (prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas com doenças crônicas como: diabetes, AIDS, hanseníase, leishmaniose, hipertensão arterial, alcoolismo, tabagismo, hepatite, meningite e também o câncer).

Na agenda governamental, as Redes de Atenção à Saúde prioritárias são: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção as Urgências e Emergências.

2.4 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – ORGANIZAÇÃO, DIRETRIZES E ESTRUTURA

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é regulamentada pela Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, na qual 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).

Tem como principal política norteadora de suas ações, a legislação básica de Saúde Mental, de Lei Nº 10.216 de 06 de abril de 2011, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, onde um dos principais fundamentos refere-se ao fechamento progressivo ou reestruturação de instituições com características asilares, processo este que exige uma política de inclusão que implique não apenas mudanças na estrutura de serviços mas também uma nova clínica apoiada na ética do sujeito.

A Política Nacional de Saúde Mental fundamenta-se nos princípios e diretrizes do Sistema único de Saúde (SUS), que regulamenta os serviços sobre a lógica da universalidade e

integralidade no atendimento aos usuários. Nesse sentido, ressalta-se as seguintes diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Saúde Mental prevê ações e normativas que visam organizar a atenção no cuidado de pessoas com necessidade do cuidado em Saúde Mental. (BRASIL, 2017). No parágrafo único desta Lei são reconhecidos os direitos da pessoa com transtorno mental. Entre eles:

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; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001).

Essa lei é fruto do processo de luta antimanicomial, legitimado pela Reforma Psiquiátrica que defende um modelo assistencial psiquiátrico, pautado em serviços abertos, comunitário e promotor de cidadania, que reconhece a pessoa com transtorno mental como sujeito de direitos.

A reforma psiquiátrica foi um processo muito importante para fundamentar o que conhecemos hoje como a Rede Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS é constituída pelos seguintes componentes: 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, tendo como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A RAPS é composta pelos seguintes pontos de atenção: CAPS⁴ (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades, Serviço Residencial Terapêutico (SRT),

⁴ Um grande fruto da luta antimanicomial, foi a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), regulamentados em 19 de fevereiro de 2002 pela Portaria de nº 336, do Ministério da Saúde. Os CAPSs são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar

Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil), Enfermarias Especializadas em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico, Hospital-Dia, Atenção Básica, Urgência e Emergência, Comunidades Terapêuticas, Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental. (BRASIL, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde, o atendimento a pessoas em sofrimento mental, incluem transtornos mentais com perfil patológico, envolvendo: pacientes psicóticos e neuróticos, transtorno bipolar de humor, transtornos de personalidade, esquizofrenia, transtornos orgânicos recorrentes, quadro de depressão leve, moderado e com risco iminente de suicídio, síndrome do pânico, transtorno de ansiedade, como também admite-se indivíduos com o histórico de uso nocivo de substâncias psicoativas provenientes de álcool, crack e outras drogas.

Dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se a implantação de uma Rede de serviços aos usuários que seja plural, com diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves. As abordagens e condutas devem ser baseadas em evidências científicas. Esta Política busca promover uma maior integração social, fortalecer a autonomia, o protagonismo e a participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental. Os pacientes que apresentam transtornos mentais, no âmbito do SUS, recebem atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção Psicossocial preconiza diretrizes para o direcionamento das suas ações, constante no artigo 2º da Portaria Nº 3.088/2011 baseados em: essencialmente respeitar os Direitos Humanos, fundamentando-se na liberdade e autonomia do indivíduo, enquanto sujeito político e de direito; a promoção de uma saúde equitativa (ou seja levando em consideração as particularidades de um indivíduo, grupo ou população), a defesa intransigente da superação cultural e histórica de estigmas e exclusão social.

A forma como está estruturada o trabalho na política de saúde mental e na RAPS, é baseado num trabalho interdisciplinar com equipes multiprofissionais, que envolvem diferentes áreas do conhecimento, com objetivo de ofertar um cuidado integral, humanizado e qualificado de acordo com a necessidade do usuário, tendo sua atuação profissional atualizada, por um projeto de educação permanente. Como também a execução de atividades, extra hospitalares, que visam fortalecer o vínculo do indivíduo com a comunidade e a possibilidade de sua inserção no meio social.

apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. (BRASIL, 2004).

Também evidencia que os serviços, sob a lógica de Rede de Atenção Psicossocial, exigem-se a obrigatoriedade de um Projeto Terapêutico Singular, especificados no tratamento de pessoas com transtornos mentais e com o uso recorrente de álcool e outras drogas.

Conforme o Ministério da Saúde e a Portaria 3.088/2011, os objetivos da RAPS, se constituem enquanto ampliar as possibilidades de acesso da população em geral aos serviços de atenção em Saúde Mental, e das pessoas específicas com necessidades do tratamento na área, bem como promover a articulação e integração dos pontos de atenção que compõe a rede de saúde mental e geral no território, priorizando a atenção através do acolhimento, do acompanhamento contínuo e das demandas urgentes.

Dentro dos seus objetivos específicos, expressam-se no seu artigo 4º da Portaria 3.088/2011 em: priorizar segmentos populacionais mais vulneráveis, como exemplo: crianças, idosos, indígenas, pessoas em situação de rua; prevenir o consumo e reduzir danos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; estimular a reinserção social destes indivíduos estigmatizados, através da cultura, moradia e acesso ao trabalho; formação permanente dos profissionais que atuam no serviço; exercitar o matriciamento⁵ entre instituições; orientações acerca do direito, cuidado e serviços que possam ser acessados a pessoa com transtorno mental e a organização, monitoramento e avaliação das demandas assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial por meio de instrumentos que analisem a efetividade do serviço.

Sobre os componentes que integram a Rede de Atenção Psicossocial, consta no artigo 5º da Portaria 3.088/2011, que são 7 segmentos expressados em:

- 1) atenção básica de saúde, é um ponto de atenção à saúde, que desenvolve ações para o indivíduo e/ou ou grupo, sob a perspectiva de prevenção de danos agravados e a manutenção da saúde, tendo como pontos de atenção: unidade básica de saúde e a equipe de atenção básica para segmentos populacionais que necessitam de atenção específica, somados ao Consultório de Rua⁶ e os serviços de atenção residencial de caráter transitório, através dos centros de convivência (unidade de caráter público, que desenvolve ações culturais para o exercício da cidadania e sociabilidade) que

⁵Artigo VI da RAPS- desenvolvimento de ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil. (BRASIL, 2011).

⁶ Instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, e visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizado. (BRASIL, 2013).

oferta serviços de cuidado à saúde de forma contínua e conectada com os outros pontos de atenção da RAPS.

- 2) Os centros de Atenção Psicossocial, em suas diferentes modalidades, se constituindo enquanto um serviço de demanda aberta, com equipe multiprofissional, que desenvolve o trabalho sobre a lógica interdisciplinar e exercem o papel fundamental de substituir as instituições de caráter asilar utilizadas no modelo anterior de atenção à saúde mental.

As diferentes modalidades que a normatiza se refere, é respaldada nos princípios do Sistema único de Saúde de descentralização e territorialização, desta forma os Centros de Atenção Psicossocial, estão organizados:

CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes. **CAPS II:** Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes. **CAPS i:** Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes. **CAPS AD Álcool e Drogas:** Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes. **CAPS III:** Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes. **CAPS ad III Álcool e Drogas:** Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes. (BRASIL, 2002)

- 3) Atenção de urgência e emergência, com aparatos institucionais, como Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e sala de estabilização do usuário, em hospitais de atenção a pronto socorro e em unidades básicas.
- 4) Atenção residencial de caráter transitório, contando com unidades de recolhimento desses indivíduos, com serviços residenciais e as Comunidades Terapêuticas.
- 5) A promoção de uma atenção de caráter hospitalar, podendo esta instituição ser de caráter geral ou especializada nos cuidados inerentes a saúde mental:

I - enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar para casos

graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas;

II - serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos. (BRASIL,2011).

- 6) Métodos desinstitucionalizante⁷, composto por serviços residenciais terapêuticos, que se constituem enquanto unidades de cunho público, inseridos no seio social, para incentivar a reinserção social pessoas oriundas de instituição asilar com permanência de 2 anos ou mais, ao qual desenvolveu uma interdependência institucional. Estão divididos nas seguintes modalidades: Unidade de acolhimento para indivíduos maiores de idade, decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, e Unidade de acolhimento para o público infantil e adolescente que compreende dos 12 aos 18 anos de idade.
- 7) Reabilitação psicossocial, compreende estratégias de (re)inserção social, pelas vias do usuário ter acesso a habitação, educação, lazer/cultura, incentivo aos empreendimentos solidários, cooperativas sociais e o fomento a geração de trabalho e renda.

Neste sentido, a partir das estratégias de reabilitação social a este indivíduo, exercita, incentiva e potencializa, a autonomia e cidadania desta pessoa, para propor um novo modelo de vida no seio social.

As estratégias de desinstitucionalização, são legitimadas nas diretrizes norteadoras da Rede de Atenção Psicossocial, pois as intervenções governamentais, para estar em consonância ao que preconiza a Reforma Psiquiátrica, sobretudo em ultrapassar o modelo anterior de saúde mental, é dado de forma progressiva e sistemática. Desta forma nota-se uma série de medidas interventivas que visam a (re)integração do indivíduo no meio social, bem como o

⁷ I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. (BRASIL, 2011).

fortalecimento de vínculos sociais e comunitários, o desenvolvimento de sua capacidade laboral e o exercício da autonomia baseado na perspectiva de direito e cidadania.

Dentre os programas e projetos designados, o Programa de Volta pra Casa, exerce uma importância essencial para os usuários advindos de internação de longa permanência, pois proporciona auxílio a pessoas com transtorno mental dentro deste perfil.

A reforma psiquiátrica foi um processo muito importante para fundamentar o que conhecemos hoje como a Rede Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme, Scheffer e Silva (2014, p. 372-373), seus principais serviços são:

Os principais serviços que compõem as redes de atenção à saúde mental são: unidades de saúde, centro de atenção psicossocial, residência terapêutica, consultório de rua, ambulatório, pronto-socorro, hospitais gerais e SAMU, sendo que a rede de atenção à saúde mental abrange toda a comunidade. E há, ainda, a porta de entrada da rede, que são os CAPS; eles são os articuladores, reguladores e organizadores da rede que abrange seu território).

No tocante à operacionalização da implantação da RAPS, no artigo 13 da Portaria 3.088/2011, relata que ela se realiza através de 4 fases, que são: o desenho regional da Rede de Atenção Psicossocial (por intermédio de estudos epidemiológicos e demográficos acerca das principais demandas populacionais em saúde mental, em relação a oferta de pontos de atenção em determinado território); Adesão e Diagnóstico (Divulgação da Rede de Atenção Psicossocial, no âmbito estadual, municipal e no Distrito Federal, a partir da matriz diagnóstica e ampliando as formas de monitoramento e avaliação da mesma); Contratualização dos Pontos de Atenção (a partir do desenho da Rede de atenção psicossocial, delimita-se as responsabilidades da União, Estado, Municípios e DF, para cada componente que integra a Rede); Qualificação dos componentes (cumprimento efetivo das ações que se almeja alcançar na Rede de atenção à Saúde, através da elaboração dos planos municipais).

No artigo 14 da Portaria em estudo, traz em questão a quem cabe a operacionalidade dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial:

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, o apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional; II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos

de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada; e III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede De Atenção Psicossocial no território municipal. (BRASIL, 2011).

Segundo Trindade (2017), as diretrizes que norteiam a operacionalidade da RAPS, fundamenta-se em: respeito aos direitos humanos, equidade a partir dos determinantes sociais que envolvem o setor da saúde; superação dos estigmas e exclusão social destes indivíduos; a garantia de um acesso à saúde, eficiente e eficaz, a partir de uma atenção contínua, com o suporte de uma equipe multidisciplinar, cuidado humanizado e centrado nas necessidades do usuário e dos seus familiares, embasado em um projeto terapêutico singular; o desenvolvimento de atividades na abrangência do território em que se habita, concomitantemente ao incentivo a alternativas de inclusão e acesso a comunidade, como aumentar a possibilidade de alternativas de controle social dos usuários, a própria política e serviços oferecidos; o desenvolvimento de estratégia de redução de danos; organização dos serviços sobre a lógica de rede, com ações intersetoriais; a qualificação profissional por intermédio de educação permanente;

2.5 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E AS AÇÕES INTERSETORIAIS

Conforme Scheffer e Silva (2014), a partir da concepção de uma Rede de Atenção Psicossocial, que tem como objetivo um atendimento integral ao sujeito, e a tentativa de ruptura com um modelo segregador, fez-se necessário, compreender o indivíduo em seus mais variados determinantes sociais: educação, moradia, lazer, trabalho, família, entre outros, desta forma, (SCHEFFER; SILVA, 2014, p. 371 apud RABELO; TAVARES; FARIA, 2009, p. 94):

Os princípios da reforma psiquiátrica remetem à realidade social dos sujeitos em sofrimentos psíquico, pois as condições de vida de muitos desses sujeitos evidenciam todas as contradições que o modelo de reforma introduz, considerando a realidade sócio-histórica desses sujeitos, os quais, embora algumas vezes libertos dos muros e das grades dos manicômios, encontram-se amarrados às estruturas sociais difíceis de serem quebradas. Estruturas estas decorrentes da realidade histórico-social das famílias, da comunidade, dos serviços públicos, da sociedade estabelecido e regente de todas as relações que se estabelecessem entre as pessoas.

Desta forma, a Política de Saúde Mental, foi formulada a partir do princípio de intersetorialidade com as outras políticas sociais, que possam ampliar a garantia do atendimento as demandas sociais, econômicas e psíquicas do indivíduo em sofrimento psíquico:

A nova concepção de saúde mental, que visa priorizar o indivíduo e não a doença, oferecendo-lhe tratamento humanizado e de qualidade, resultou na criação de novos mecanismos e espaços de tratamento que provocam para a necessidade de uma ação intersetorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento e atuação em rede, que possibilite uma intervenção integrada, visando à integralidade no atendimento ao usuário. (BREDOW; DRAVANZ, 2010, p. 232).

A intersetorialidade na Saúde Mental, busca o fortalecimento de estratégias, que favoreçam ao indivíduo uma (re)inserção no meio social, de maneira qualificada e digna, como também busca a superação da fragmentação das políticas públicas no que tange ao enfrentamento da questão social. Desta forma Scheffer e Silva (2014, p. 372 apud SEVERO; DIMENSTEIN, 2011):

A intersetorialidade na saúde mental coloca o usuário em uma nova concepção, não como doente, mas como pessoa que necessita ser um indivíduo humanizado e reconhecido dentro da sociedade e, para isso, foi preciso fortalecer as redes e trazer com elas as políticas sociais que intervêm visando a integralidade do usuário.

A expressão deste princípio na prática, mostra-se como Scheffer e Silva (2014, p. 372 apud AMARANTE, 2007, p. 86):

Estamos falando do princípio da intersetorialidade, isto é, de estratégias que perpassem vários setores sociais, tanto do campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo. Em outras palavras, os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede dos serviços e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes. Deve articular-se com todos os recursos existentes no campo da saúde mental, isto é, com Rede de Atenção à Saúde Mental (outros serviços de atenção psicossocial, cooperativas, residências de egressos ou outras pessoas em situação de precariedade social, ambulatórios, hospitais-dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais), e no campo da saúde em geral (Estratégia Saúde da Família, centros de saúde, rede básica, ambulatório, hospitais gerais e especialização etc.) ou no âmbito das políticas públicas em geral (ministério público, previdências sociais, delegacias, instituição para crianças, idosos, desassistidos em geral, igrejas, políticas educacionais, de esporte, lazer, cultura e arte, turismo, transporte, ação e bem-estar social etc.), e, finalmente, no âmbito dos recursos criados pela sociedade civil para organizar-se, defender-se, solidarizar-se.

Nas diretrizes da Portaria 3.088/2011, a defesa e estímulo ao princípio da intersetorialidade fica exposto, em: “II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; VI - diversificação das estratégias de cuidado; X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado”. (BRASIL, 2017).

É possível perceber com os autores acima estudados, que a Política de Saúde Mental, carece de uma rede intersetorial, que abranja áreas sociais, de acordo com a demanda do indivíduo. Este fortalecimento intersetorial, precisa emergir da sociedade, da família e de trabalhadores da Saúde Mental, pois perpassar da teoria à prática, se constitui enquanto uma intervenção complexa, visto que as Políticas sociais, no Brasil é fragmentada e fragilizada quanto a sua capacidade em ofertar aos indivíduos uma atenção, sob os mais variados determinantes sociais.

2.6 PROBLEMATIZANDO A RECENTE PORTARIA 3.588/2017

A Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017, dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial. Onde tal normativa altera significativamente a Política de Saúde Mental, trazendo retrocessos e impactos no tocante ao processo histórico de luta antimanicomial. Indo de encontro ao progresso da Reforma Psiquiátrica explicitado na Lei 10.216/2001.

Visto que uma das suas principais características da Portaria 3.588/2017, fundamenta-se no incentivo da manutenção de hospitais psiquiátricos (manicômios), contradizendo o que a legislação de Saúde Mental e marco da Reforma preconiza, principalmente no Parágrafo Único dos Direitos da Pessoa com Transtorno mental:

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; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2011).

Ratificado também no artigo 4º, inciso 3:

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. (BRASIL, 2001).

Na contramão do despacho governamental, que é a referência do marco da Reforma Psiquiátrica, a Portaria 3.588/2017, dispõe:

Art. 9º Ficam mantidas as diretrizes e normas previstas para os Hospitais Psiquiátricos Especializados, constantes do Anexo XXV à Portaria de Consolidação no 5 GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **CONTUDO** Art. 10. Fica vedada qualquer ampliação do número de leitos por hospitais psiquiátricos além dos já cadastrados no CNES na data de publicação desta Portaria. (BRASIL, 2017).

Neste sentido, emerge um debate através dos movimentos sociais organizados e trabalhadores da área da Saúde Mental, que defendem a desinstitucionalização e fechamento dos hospitais psiquiátricos. Neste sentido a Câmara Municipal de Salvador, através da vereadora Aladilce Souza (PCdoB), promoveu um plenário na sessão do espaço deliberativo de participação social, com o tema “Por uma sociedade sem manicômios”, contando com o apoio de movimentos sociais, tais quais: Associação Metamorfose Ambulante (AMEA), Papo de Mulher – Associação de Mulheres Usuárias de Serviços de Saúde Mental e o Coletivo Baiano de Luta Antimanicomial. A resolução desta assembleia, pautou-se em categorizar:

No entanto, o movimento antimanicomial defende a promoção de tratamentos não violentos para indivíduos com problemas de saúde mental, com a diminuição de leitos e a atenção psicossocial descentralizada, contemplando pessoas com sofrimento psíquico ou com problemas decorrentes do uso de drogas.

De acordo com a vereadora Aladilce, a nova política do governo federal representa um retrocesso, pois contraria as experiências nacionais e internacionais mais exitosas no âmbito da saúde mental, além de retirar investimento nessa área através do deslocamento dos recursos financeiros. “Instituições, associações e movimentos sociais do Brasil inteiro também já manifestaram repúdio a essa portaria”, disse a vereadora.

“Essa medida caminha na contramão do que o mundo tem feito, que é buscar um tratamento humanizado para os usuários dos serviços de saúde mental”, relata a vereadora Aladilce. “Prender não é tratar e excluir não é cuidar”, complementa. (CÂMARA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018).

Segundo o Conselho Federal de Fonoaudiologia (2018), entre outras polêmicas, refere-se à ampliação dos recursos financeiros para a internação em hospitais psiquiátricos e/ou gerais, e estimula a criação de novas vagas psiquiátricas em hospitais gerais. Outro aspecto problemático está posto na legitimação das chamadas “Comunidades Terapêuticas” de cunho privado, cuja forma interventiva é dada pelo viés religioso, recheado de práticas moralistas, culpabilização do indivíduo por sua situação e responsabilização unilateral por sua condição, salientando que estas comunidades irão receber diretamente recursos financeiro advindos do Governo, para o desenvolvimento de ações e tratamentos para os usuários integrantes da Política Nacional de Saúde Mental.

Tal medida, que traz mais impactos negativos, do que positivos, não teve suas pautas refletidas, debatidas e sancionadas em conjunto com a sociedade civil brasileira:

Na ocasião da sua aprovação, foi realizada apenas a leitura da Portaria e, até mesmo, o presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde (SUS), Ronald dos Santos, foi impedido de falar.

Apesar de mudar significativamente a política de tratamento de sujeitos com transtornos mentais e usuários de álcool e drogas, a Portaria não foi alvo de discussão e debate com a sociedade e nem mesmo com as entidades e profissionais da área. “Para um assunto dessa magnitude seria imprescindível uma discussão ampla e aberta envolvendo todos os âmbitos de gestão pública, entidades civis, trabalhadores e usuários”, afirma Cristiana Lykouroupolous (CRFa 2-5829), Coordenadora do Comitê de Políticas Públicas de Saúde e do GT de Saúde Mental da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa). (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2018).

Neste sentido, a implementação de uma normativa tão importante no processo histórico da Saúde Mental brasileira, ser tomada de forma centralizada e vertical, vai de encontro com a Constituição Federal de 1988, o próprio preceito de Estado democrático e incentivo a participação social, no tocante as Políticas Públicas, desconsiderando também, as instâncias e espaços de participação social, onde se faz de fundamental importância ouvir os trabalhadores da área e muito mais os usuários do serviço, que sentem na pele as suas dificuldades e possibilidades enquanto utilizadores das instituições e pontos de atenção. Desta forma, no âmbito nacional:

Diversas entidades da área, como a Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadãos (PFDC), o próprio Conselho Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Direitos Humanos se posicionaram contrários às mudanças. (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2018).

Assim como, o posicionamento explícito de rejeição dos princípios da Portaria⁸ 3.588/2017, pelo Conselho Nacional de Saúde:

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou uma recomendação pedindo que o Ministério da Saúde (MS) revogue a Portaria nº 3.588, que altera a Política Nacional de Saúde Mental. O documento, publicado em dezembro do ano passado, aumenta o valor da diária de internação paga aos hospitais psiquiátricos e amplia de 15% para 20% o número de leitos psiquiátricos

⁸ A Portaria 3588/2017 interfere diretamente na Rede. Entre outras coisas, a medida exige uma taxa de ocupação de 80% dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais como condição para que a instituição receba a verba de custeio do serviço. (SAMPAIO, 2018).

nessas unidades, entre outras mudanças. Para o presidente do Conselho, Ronald Ferreira, a medida representa um “retrocesso” no tratamento dado aos pacientes da saúde mental porque incentiva a cultura da hospitalização. *“É uma lógica que já tinha sido descartada como absolutamente inefetiva, com sérios danos à saúde e à própria dignidade humana, que é a lógica da segregação”*, complementa. Ferreira acrescenta que, com a publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica, em 2001, o Brasil vinha avançando na luta antimanicomial, que já dura 30 anos. Com base nisso, o país construiu a chamada Rede de Atenção Psicossocial (Raps), que se baseia na lógica do atendimento humanizado e multidisciplinar aos usuários dos serviços de saúde mental. (SAMPAIO, 2018).

Em contrapartida, o Ministério de Saúde, ao ser questionado, segundo a reportagem do Brasil de Fato, inicialmente não deu respostas aos questionamentos, e após isto, respondeu:

O Brasil de Fato procurou a assessoria de imprensa do Ministério da Saúde a respeito da recomendação do CNS. Em resposta, o órgão não informou se pretende seguir a orientação do colegiado e disse apenas que “a portaria foi amplamente debatida com a sociedade, contando com o apoio de mais de 60 entidades”. O Ministério também argumentou que a medida traz melhorias para a rede de atendimento a pacientes com transtornos mentais. (SAMPAIO, 2018).

A portaria 3.588/2017 traz barreiras objetivas, no que tange a meta de superar um modelo de tratamento cruel, segregador e excludente. Enfraquecendo a luta pela desospitalização dos indivíduos em instituições com tendências privatizante, sob a lógica do cuidado majoritariamente medicamentoso

A principal marca da Reforma Psiquiátrica, fundamentou-se na defesa de um cuidado, baseado em inclusão social, fortalecimento de vínculos com a comunidade, família e trabalho, incentivando o exercício da cidadania, autonomia e o reconhecimento da sua capacidade de sujeito político e de direito, desrotulando o estigma social e superando a visão social de um mero “doente mental”. Assim o Estado tem por obrigação incentivar os seus cidadãos a compreender o indivíduo com transtorno mental, em seus aspectos biológicos, psíquicos e sociais:

“A proposta construída até aqui, mesmo que ainda com a necessidade de ampliação e fortalecimento da Rede de Atenção, enfatiza a circulação do sujeito pelo território e aposta no laço social como um importante fator terapêutico. A revitalização dos hospitais psiquiátricos a partir dessa Portaria ameaça essa perspectiva”. (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2018).

Rosa Prêdes Trindade (2017), chama a atenção, ao fato de que a RAPS, é um avanço na Política de Saúde Mental no Brasil, através da contribuição do processo de Reforma Psiquiátrica, principalmente no tocante a oferta de serviços abertos e vinculados a comunidade. Contudo, esta mesma rede, é paradoxal, no sentido de em sua resolução, ter janelas para a

participação do setor privado e/ou filantrópico, através das chamadas Comunidades Terapêuticas.

Segundo a autora supracitada, a falta de equipamentos físicos suficientes, para ofertar o serviço contínuo de atenção psicossocial (CAPS), abriram brechas para a instituição de serviços privados e/ou filantrópicos, serem financiados e terem investimentos custeados pelo Governo Estadual, para prestar atendimento psicossocial a pessoas com uso decorrentes de álcool, crack e outras drogas, ou seja o recurso financeiro público destinado à entidades que vão totalmente de encontro ao que preconiza a Política de Saúde Mental.

Também adverte, que mesmo recebendo recursos próprios da esfera estatal, estas Comunidades Terapêuticas, não possui regulamentação e fiscalização dos órgãos públicos, tendo este tipo de atenção, muito mais agravado pela falta do cuidado individualizado. Rosa Trindade alerta, que geralmente estas Comunidades, são denunciadas por familiares por violar os Direitos Humanos.

Trindade afirma que a internação, neste tipo de instituição, é de duração considerada longa, em média 9 meses, em comparação as internações ocorridas em hospital psiquiátrico especializado, em torno de 45 dias, no máximo. Assim se constitui dentre os pontos de atenção da RAPS, um serviço com maior permanência, destinado a pessoas em condições clínicas estáveis:

Partimos da premissa de que os usuários são condições clínicas estáveis não precisam ser isolados por nove meses para um tratamento prolongado, mas necessitam de acompanhamento em um serviço aberto de atenção psicossocial. A internação para desintoxicação se faz necessária em certos casos, E para isso está previsto pela portaria que institui a RAPS, que leitos em hospitais gerais podem suprir essa demanda por meio de internações de curta duração, e após o período de desintoxicação o usuário está apto a voltar a sua rotina e a continuar o tratamento por outros serviços da RAPS. (TRINDADE, 2017, p. 84).

Conforme Trindade (2017, p. 84), o tratamento designado por estas Instituições além de possuir um viés religioso e moralista, muito se assemelha ao caráter isolador e segregador de hospitais psiquiátricos, visto que estas Comunidades se localizam em cidades pequenas, sobretudo, em áreas isoladas na zona rural, limitando a permanência e interação destes indivíduos com o seio comunitário. Ainda a autora vai dizer, que estas Comunidades Terapêuticas, são extremamente conservadoras e contribuem para a perpetuação do estigma social, pois exige critérios de admissibilidade, tais como: teste de HIV/AIDS, questionamento quanto a orientação sexual e opção religiosa:

Eis um grande retrocesso para a efetivação do acesso universal à saúde pública, uma vez que tais questões envolvem a seletividade e uma gama de viabilidade dos direitos conquistados décadas anteriores. As comunidades

terapêuticas são consideradas a volta dos manicômios com a nova roupagem e, dentro da RAPS, representam um novo modo de continuação do modelo manicomial com uma nova nomenclatura. (TRINDADE, 2017, p. 85).

A autora continua sua análise, afirmando que o SAMU, possui um caráter conservador, pois geralmente direciona a sua atuação ao atendimento da pessoa com transtorno mental, vinculado com a Polícia Militar, instrumento este, ligado culturalmente sob a lógica punitivista, privatista no que tange a liberdade do indivíduo e repressor, indo de encontro aos princípios que rege a Política de Saúde Mental e os direitos desses usuários.

Já no ponto de atenção Hospitalar, ela levanta questionamentos pertinentes a abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais para pessoas em sofrimento mental:

Constata-se que a ampliação de leitos em hospitais gerais para pessoas em sofrimento mental é considerada uma conquista, no âmbito legal, mas sua efetivação ainda caminha a passos lentos, principalmente porque se difunde a ideia de que a superlotação dos hospitais gerais, já sobrecarrega estes dispositivos. Incluir pessoas com algum transtorno mental nesses espaços traz certo incômodo, visto que muitas vezes a equipe considere estes usuários como sendo uma “ameaça que perturba o hospital”. A falta de equipe médica e multiprofissional especializada em casos psiquiátricos também é colocada como um obstáculo para a ampliação desses espaços. (TRINDADE, 2017, p. 86).

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO, 2017), disponibilizou uma nota de repúdio, acerca da aprovação desta portaria supracitada, enfatizando que ela foi implementada, de forma imposta, sem participação da sociedade civil, referenciando ser um golpe a Reforma Psiquiátrica:

No pior sentido da palavra pacto, o ponto entrou em pauta sem oportunidade de que não houvesse qualquer discussão sobre o teor do documento, não disponibilizado para a sociedade civil. Mesmo com a presença de Ricardo Barros, atual titular do Ministério da Saúde, e de Quirino Cordeiro Jr., coordenador da CGMAD, o documento não foi apresentado oficialmente. Antônio Nardi, Secretário-Executivo do MS apenas leu a resolução do pacto, abrindo o debate já para a deliberação de portarias. “Foi tudo muito rápido, sendo impossível anotar, tornando o debate restrito aos dirigentes do CONASS e Conasems”, explica Paulo Amarante, vice-presidente da Abrasco e convidado para a reunião. Mesmo assim, foi negada a palavra a Paulo Amarante e a Ronald dos Santos, presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que recebeu uma resposta direta de Barros, que deliberadamente impediu a expressão do Controle Social, em claro sinal de represália às críticas feitas pelo movimento social. Houve protestos de militantes da luta antimanicomial na entrada do encontro, em Brasília, impedidos de participar da reunião. (ABRASCO, 2017).

A ABRASCO (2017), argumenta que esta nova portaria: “nivela o pagamento de todo e qualquer leito psiquiátrico, numa grande possibilidade da volta de um modelo científico, socialmente superado”.

A associação supracitada, ainda discorre, sobre o impacto do investimento público para as Comunidades Terapêuticas:

O que dizer de um projeto de saúde mental que investe a maior parte do seu recurso em Comunidades Terapêuticas (240 milhões/ano contra R\$ 31.752.720,92/ano para a expansão da rede e criação de novos serviços), instituições que têm a reclusão social longa como base de seu tratamento? Sugere-se que estas só serão utilizadas se os demais tratamentos falharem. Ora, não é possível experimentar a capacidade terapêutica de serviços substitutivos como Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas ou Consultórios na Rua, entre outros dispositivos estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que são desfinanciados, precarizados e reduzidos. Por fim, para falar seriamente em prevenção de suicídio, é preciso enfrentar também os resultados de estudos que têm demonstrado aumentos exponenciais de taxas de suicídio relacionadas a políticas de austeridade. Essas são algumas das preocupações que nos impelem a manifestarmos-nos contra qualquer mudança que leve ao retrocesso a Política de Saúde Mental atualmente em vigor. (ABRASCO, 2017).

A ABRASCO, finaliza sua nota, posicionando-se contra esta Portaria, por ela ir de encontro a todo histórico de luta antimanicomial:

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco vem a público manifestar a mais profunda preocupação com as mudanças substanciais que estão sendo anunciadas pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas do Ministério da Saúde (CGMAD/MS), com referência à Política Brasileira de Saúde Mental. O que está principalmente em questão, nessa proposta, é o retorno da ênfase dada a modalidades assistenciais conhecidas pela sua ineficácia nos processos de reabilitação psicossocial, reinserção social, singularização e autonomização de pessoas acometidas de transtornos mentais e de usuários de álcool e outras drogas, portanto, modalidades manicomializadoras. (ABRASCO, 2017).

Segunda Rocha e Salerno (2018, p. 86), as transformações na Política de Saúde Mental, são paradoxais, pois ao mesmo tempo em que almeja-se atingir uma lógica manicomial, aprova-se ações que convergem para este mesmo modelo:

As transformações promovidas por atores sociais e os ganhos legais forjam significados em torno da autonomia, protagonismo e participação de usuários e familiares no cuidado em saúde mental, para além da lógica de correção moral propagada pela Medicina Mental. Porém, se por um lado houve incremento de dispositivos institucionais e um contínuo processo de Reforma Psiquiátrica como uma política pública, por outro lado ocorre um movimento

paradoxal com intuito de retomar a centralidade do cuidado nos espaços de isolamento social. Tem-se como exemplo a aliança do Ministério da Saúde com a Federação Nacional das Comunidades Terapêuticas e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) para a aprovação no dia 22 de dezembro de 2017 da Portaria 3.588 e a Resolução 32, que oficializam novamente a centralidade nos Hospitais Psiquiátricos e a ampliação do financiamento e a legitimação das Comunidades Terapêuticas. (BRASIL, 2017b; BRASIL, c2017).

Para além disto, é importante problematizar, as sucessivas ações de Contrarreformas e desmonte das Políticas Sociais, engendradas após o Governo de Michel Temer, no qual ficou marcado pelas perdas de direitos sociais em seus variados determinantes, entre eles a Saúde, sobretudo a Saúde Mental, desta forma:

Com relação à Política de Saúde Mental, têm sido propostas alterações avaliadas como ameaça às conquistas da Reforma Psiquiátrica no país. Por meio da Portaria 3.588/2017 (BRASIL, 2017c), o atual Governo engendrou mudanças na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que apontam para o fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos e criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais, por meio de ampliação de recursos para tais fins. A proposta foi aprovada pela CIT em 21 de dezembro de 2017, sem que pesquisadores e representantes do controle social tivessem direito a fala e sem consulta à sociedade. (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 16).

Reafirmando a ausência da participação democrática, na formulação e implementação desta Política supracitada, acarretando em sérios prejuízos aos usuários da Rede de Atenção Psicossocial:

Tal política é alvo de críticas em face da ausência de participação social em sua formulação e por estar na contramão do modelo de atenção em saúde mental que preconiza a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais, como consubstanciado na Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001). O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial repudia tais propostas por compreender que representa retrocesso na implantação da rede de atenção psicossocial territorializada, de base comunitária e construída com participação dos movimentos sociais da luta antimanicomial e do controle social, conforme consta na Nota de Repúdio contra o desmonte da Política de Saúde Mental, de 11 de dezembro 2017. A Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) também apresenta posição contrária, por entender que a nova política traz de volta a perspectiva manicomial e secundariza o investimento em serviços de base territorial e comunitária, de acordo com reportagem do Viomundo. (LEMES, 2018 apud BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 16).

Percebe-se que a implementação e implantação de políticas públicas, sobretudo as políticas sociais no Brasil, precisam estar sustentados sobre a abertura democrática e a possibilidade do controle e participação social, acerca do direito universal à Saúde.

3 MAPEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA CIDADE DE SALVADOR SOB A ANÁLISE DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE.

Este capítulo tem por objetivo analisar o *Plano Municipal de Saúde de Salvador 2018-2021*, especificamente os elementos sobre a sessão da Rede de Atenção Psicossocial na cidade de Salvador/Bahia. Neste sentido a descrição e análise do documento, buscou dialogar com a produção teórica no campo da saúde mental.

Para tanto, o capítulo foi organizado tomando os componentes da RAPS como referência - Atenção primária à saúde e Atenção Psicossocial Especializada. Abordamos, também, elementos do trabalho e das condições de trabalho, tema de extrema relevância para conformação das redes de atenção, visto que os trabalhadores e trabalhadoras têm papel fundamental na garantia de uma política de saúde integral, humanizada e com efetiva participação das equipes de matriciamento.

3.1 OFERTA DE SERVIÇOS E ORGANIZAÇÃO DO SUS MUNICIPAL

3.1.2 Atenção Primária à Saúde e a RAPS em Salvador

Conforme a Prefeitura Municipal de Salvador (2018), a Atenção Primária à Saúde, se constitui enquanto a porta principal de acesso ao SUS, e tendo como função principal o acolhimento e encaminhamentos aos outros pontos especializados das Redes de Atenção à Saúde, se guiando por princípios fundamentais do SUS, tais como: cuidado, vínculo e continuidade, universalidade, integralidade, humanização, participação social, equidade e acessibilidade.

Seguindo esta lógica, a rede de serviços da APS guia-se por um eixo central que é a estratégia de Saúde da família, que pretende romper o saber médico e atuar por uma lógica multiprofissional, distribuindo os serviços pelos Distritos Sanitários. Desta forma:

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde, através das políticas de expansão, formulação, formação e avaliação da Atenção Básica, vem estimulando ações que remetem a dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas mais graves de saúde mental da população neste nível de atenção. A Estratégia Saúde da Família (ESF), tomada enquanto diretriz para reorganização da Atenção Básica no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS, tornou-se fundamental para a atenção das pessoas portadoras de transtornos mentais e seus familiares; com base no trabalho organizado segundo o modelo da atenção básica e por meio ações comunitárias que favorecem a inclusão social destas no território onde vivem e trabalham. (BARROS, COLVERO; CORREIA, 2011, p. 15).

A rede de Atenção Primária à Saúde do município de Salvador

dispõe de 121 Unidades de Atenção Primária à Saúde, sendo que 46 são Unidades Básicas em Saúde da Família e 75 são Unidades Básicas com estratégia de Saúde da Família com 250 equipes de Saúde da Família – EqSF implantadas; 03 equipes de Consultório na Rua – eCR e 11 Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p. 103).

A composição do quadro de profissionais da Unidade Básica de Saúde depende da sua capacidade física e tipologia⁹:

Nas UBS sem a Estratégia de Saúde da Família, a composição do quadro de profissionais está diretamente vinculada à capacidade instalada da unidade de saúde e de acordo com a sua tipologia, e poderá ser constituída por médico clínico, ginecologista e pediatra, enfermeiro, nutricionista, assistente social, psicólogo, Agente Comunitário de Saúde – ACS, cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal.(PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p. 103).

A Prefeitura Municipal de Salvador (2018, p.136-137), cita que a estrutura operacional da RAPS, deve ser composta por diferentes pontos de atenção, entre eles, cita-se:

Atenção Básica em Saúde (UBS/USF, NASF, Consultórios na Rua, Equipes de apoio ao Acolhimento Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência); Atenção Psicossocial Especializada (CAPS em suas diferentes modalidades); Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192, UPA e PA, portas hospitalares de atenção às urgências); Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento Adulto e Infanto-juvenil, Serviço de Atenção em Regime Residencial); Atenção Hospitalar (Leitos especializados em hospital geral, Serviço hospitalar de referência); Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos/Programa de Volta para Casa); Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Iniciativas de geração de trabalho e renda, Empreendimentos solidários e cooperativas sociais).

Ao discutir a RAPS, o plano reconhece a importância da APS, salientando que este serviço possui um papel importante no desenvolvimento de atividades de saúde mental, pois tem-se ações específicas neste ponto de atenção, como exemplo dos consultórios de rua, bem como medidas de promoção à prevenção e redução de danos, como também fazer a articulação com outros pontos da rede, caso necessário. Pois:

⁹ Portaria n°147/2015 – Dispõe sobre a tipologia das Unidades de Saúde.

Para que trocas e integração entre o serviço de atendimento em saúde com as realidades da comunidade possam ocorrer é importante que as equipes de rede de atenção básica em saúde, serviços de educação, instituições do Estado e particulares e demais organizações sociais estejam dispostas a se integrar e participar da vida da comunidade. (SCHNEIDER, 2009, p. 81).

Contudo, os profissionais da APS revelam uma dificuldade ao lidar com a temática inerente à Saúde Mental:

De modo geral, os profissionais da Atenção Básica, nos seus diversos equipamentos, demonstram sentirem-se inseguros, alegando não saber como intervir em saúde mental (BRASIL, 2013). O cenário estudado a nível nacional reflete a realidade soteropolitana, revelando tanto um impasse quanto uma exigência de formular saídas. (BRASIL, 2013 apud PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p. 137).

Sobre este ponto de análise, no tocante a dificuldade dos profissionais da atenção básica, lidar com questões inerentes a saúde mental, Schneider (2009, p. 79), afirma que:

A estruturação da rede de atenção em saúde mental é fundamental no processo de inclusão do usuário e conseqüente alcance do objetivo norteador da Reforma Psiquiátrica: o resgate da cidadania do indivíduo com transtorno psíquico. Assim, percebe-se a importância da organização e da articulação da rede de atenção em saúde mental, promovendo a vida comunitária e autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental, incluindo os indivíduos a partir do seu território e subjetividade. A atenção básica tem papel destaque no cuidado, pois a partir das diretrizes mundiais em saúde, foi preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ressaltando a importância dos profissionais que atuam na atenção primária participarem do processo de reabilitação em saúde mental.

Portanto compreende-se que APS precisa desenvolver ações de Saúde Mental, articulando as equipes no território, com vistas a fortalecer os princípios da Reforma Psiquiátrica do SUS, desta maneira:

Faz-se necessário trabalhar em conjunto, na qual os serviços de saúde mental interagem com as equipes de atenção básica, buscando a promoção de vida comunitária e de autonomia dos usuários, articulando demais recursos, quando necessários, em setores, como jurídicos, econômicos, laborais, empresariais, entre outros, fazendo valer a complexidade das relações humanas. Assim, faz-se necessário promover a integração e interação entre os serviços de saúde da rede de atenção em saúde mental e de atenção básica, a gestão da rede de cuidado em saúde, a formação em saúde e a comunidade, preconizadas pela humanização, universalidade, integralidade, participação comunitária, diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde, criando-se a possibilidade da prática dessa participação coletiva e promoção na troca entre as parcerias em que a rede se estrutura, enfocando a saúde mental do indivíduo e a saúde

coletiva, efetivando os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, bem como os da Legislação em Saúde Mental do Brasil. (SCHNEIDER, 2009, p. 83-84).

Barros, Colvero e Correia. (2011), afirmam que no que tange a estratégia de atenuar as demandas de pessoas com transtornos mentais na APS, é recomendável que haja um profissional especializado em Saúde Mental no NASF; porém a realidade nacional compreendida a partir dos estudos realizados, demonstrados principalmente pelo Ministério da Saúde, que frequentemente as equipes da APS encontram demandas dos usuários ligadas à saúde mental.

Neste sentido é imprescindível a articulação entre a APS e a Saúde Mental, pois:

Diariamente as equipes de atenção básica se deparam com problemas de saúde mental, pois, segundo dados, cerca de 56% das equipes referem ter realizado ações de saúde mental, o que as torna um importante recurso estratégico para o enfrentamento a este agravo. E o Ministério da Saúde, para o atendimento desta população, julga ser importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica. (BARROS; COLVERO; CORREIA, 2011, p. 1504).

Entre as demandas encontradas na APS, ligadas à saúde mental, caracteriza-se em:

Diariamente, diversas demandas em saúde mental são identificadas por profissionais das equipes de PSF e agentes comunitários de saúde. São situações que requerem intervenções imediatas, na medida em que podem evitar a utilização de recursos assistenciais mais complexos desnecessariamente. Trata-se de problemas associados ao uso prejudicial de álcool e de outras drogas, aos egressos de hospitais psiquiátricos, ao uso inadequado de benzodiazepínicos, aos transtornos mentais graves e a situações decorrentes da violência e da exclusão social. A identificação e o acompanhamento dessas situações, incorporados às atividades que as equipes de atenção básica desenvolvem são passos fundamentais para a superação do modelo psiquiátrico medicalizante e hospitalar de cuidados em saúde mental. (DIMENSTEIN et al., 2005, p. 24).

A Prefeitura Municipal de Salvador (2018, p. 104), também problematiza a necessidade de investimentos e a ampliação de unidades para efetivar um cuidado digno e integral:

Atualmente, cerca de 45,7% da população está coberta pelos serviços de Atenção Primária à Saúde. No entanto, existe a necessidade de ampliar a destinação de investimentos financeiros para esta área com intuito de possibilitar que este nível de atenção à saúde possa alcançar os seus objetivos precípuos de coordenação do cuidado e ordenação da rede de atenção à saúde, uma vez que, a Atenção Primária a Saúde tem possibilidade de resolver cerca de 80% das necessidades de saúde apresentadas pela população. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p. 104).

Quadro 3 - Panorama geral da atenção primária à saúde em relação aos distritos sanitários da cidade de Salvador, 2017.

Distrito Sanitário	População - 2017	Cobertura de estratégia de saúde da família – 2017	Nº DE EqSF – 2017	EAS DA APS
CENTRO HISTÓRICO	71.870	17,6	4	14
ITAPAGIPE	182.416	9,7	5	10
SÃO CAETANO/ VALÉRIA	257.462	39,3	36	14
LIBERDADE	179.428	10,6	6	11
BROTAS	203.297	9,3	12	12
BARRA/ RIO VERMELHO	338.921	14,9	25	31
BOCA DO RIO	126.328	15,0	6	7
ITAPUÃ	250.230	34,9	24	13
CABULA/BEIRU	385.852	24,6	30	25
PAU DA LIMA	218.706	20,2	15	18
SUB.FERROVIÁRIO	322.116	64,4	61	27
CAJAZEIRAS	159.029	51,7	26	14

Fonte: Elaborado pela autora baseado no *Plano Municipal de Saúde de Salvador 2018-2021*.

A partir da tabela, percebe-se que a cobertura da APS nos Distritos Sanitários de Salvador, não é ofertada de forma equitativa, pois há DS com uma extensa população, que não detém um suporte da atenção básica capaz de atender o contingente populacional, como exemplo disto: o DS Cabula/Beiru possui uma população de 385.852 habitantes, contando com 24,6 referente a cobertura de estratégia de saúde da família, com 30 equipes de saúde da família e 25 estabelecimentos assistências de saúde da APS. Em contrapartida o DS Subúrbio Ferroviário possui uma população de 322.116 habitantes, com 20,2 referente a cobertura de estratégia de saúde da família com 61 equipes e 27 estabelecimentos assistenciais de saúde da APS.

No tocante a cobertura de estratégia de saúde da família, percebe-se que nenhum DS atingiu o patamar de estar 100% coberto, ao analisar a tabela, verifica-se que o DS Subúrbio Ferroviário é o que apresenta o melhor percentual dentre os outros, cerca de 64,4% de cobertura. No entanto o DS de Brotas é o que mais carece de assistência da APS, representando uma cobertura de 9,3%.

Segundo a Prefeitura Municipal de Salvador (2018), o processo¹⁰ de implantação da estratégia de Saúde da Família, foi inicializado no ano de 2000, com ênfase no DS do Subúrbio Ferroviário, contando com 7 equipes de Saúde da Família, pois teve como critério o recorte de condições sociais e sanitárias.

Nota-se que no cenário da cidade Salvador, há um dado alarmante ao se constatar que menos da metade da população está coberta pela APS (cerca de 45,7%, da população geral). Os estudos e discussões realizadas ressaltam que a APS tem a capacidade de solucionar a maioria das demandas apresentadas, e quando não consegue solucionar a demanda, atua como um direcionador ao encaminhar a necessidade aos serviços especializados. Há uma deficiência muito grande no tocante a metrópole em questão, necessitando de maiores recursos, e um sistema de saúde que compreenda a importância e objetivo que a APS desempenha na estrutura da Rede, para que a partir disto, ocorra uma melhor organização do cuidado.

Segundo Barros, Colvero e Correia. (2011), através do marco da Reforma Psiquiátrica, o remanejamento dos atendimentos e acompanhamentos das pessoas com transtorno psíquicos na comunidade repercutiram em um aumento expressivo da demanda destas pessoas nas unidades básicas de saúde. Ratificado por Dimenstein et al (2005), onde afirma que a APS tem ganhado um espaço notável no que tange as ações em saúde mental, visto que a função social deste ponto de atenção, propicia um distanciamento do modelo psiquiátrico, que ainda carece de rupturas progressivas e incisivas. Desta forma:

No campo da saúde pública brasileira, a atenção básica tem, progressivamente, tornando-se uma prática privilegiada nas intervenções em saúde mental, em virtude da necessidade de produzir ações focadas no eixo territorial. Nesse contexto, tal como indicam os trabalhos de Sampaio e Barroso (2001), Casé (2001), Silva et al. (2001) entre outros, o Programa de Saúde da Família - PSF - se configura como campo de práticas e produção de novos modos de cuidado em saúde mental, na medida em que tem como proposta a produção de cuidados culturalmente sensíveis. (SPECTOR, 1999), dentro dos princípios da integralidade e da territorialidade. (DIMENSTEIN, et al., 2005, p. 23).

Neste sentido, Mendes (2011) afirma que a Atenção Primária à Saúde desempenha um papel importante na estrutura da Rede de Atenção à Saúde, pois se constitui enquanto porta de entrada de um serviço, e, conseqüentemente, é um direcionador a outros serviços

¹⁰ A análise deste processo, entre dezembro de 2005 a julho de 2017, demonstra que houve a implantação de 236 novas equipes, com crescimento no período de 2005 a 2010, seguido de decréscimo de 40,9%, entre os anos de 2011 e 2012, do número de equipes implantadas, que pode estar vinculado às questões de vínculo empregatício (precarização dos vínculos de trabalho) e realização do Concurso Público em 2011, bem como pela desestruturação física da rede assistencial. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p. 104).

especializados. Desta forma investir, ampliar e solidificar a APS, é uma estratégia eficiente para o usuário, bem como para a própria gestão do SUS, no sentido de economia dos recursos e êxito nos objetivos de prevenção e manutenção da saúde.

Mendes (2011) revela que há uma banalização da relevância da APS, pois culturalmente há uma hierarquia entre os níveis primários, secundários e terciários, desta forma, há um maior investimento nos níveis secundários e terciários, por se acreditar que são mais complexos em sua proposta e instrumentalidade. Contudo, ratificando a sua afirmação:

É a APS que deve atender mais de 85% dos problemas de saúde; é aí que situa a clínica mais ampliada e onde se ofertam, preferencialmente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde: cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividade física etc. Os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades. Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, os políticos, os gestores, os profissionais de saúde e a população, a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e, por consequência, a uma banalização da “APS”. (MENDES, 2011, p. 83).

Como apontam dados do próprio Plano Municipal de Saúde de 2018, a APS ainda se constitui como um dispositivo fragilizado e ineficiente para atender as demandas que são apresentadas na cidade de Salvador. Neste sentido necessita-se que a gestão municipal fortaleça o investimento e atenção neste relevante ponto de atenção. Assim ao analisar a APS na constituição com a RAPS, Scheneider (2009, p. 82) afirma que:

Traz considerações importantes pontuadas enquanto parceria do trabalho de equipes de saúde mental e de saúde da família. São elas a produção de trocas e saberes efetivada, a partir da realidade vivida, a postura da equipe de saúde mental, promovendo a autonomia dessas equipes, e a atenção integralizada, humanizada, universalizante, buscando conhecer a situação real de cada família e as suas particularidades, bem como as resolutividades a serem alcançadas.

Sobre a lógica da Clínica Ampliada¹¹ e compartilhada, a Prefeitura Municipal de Salvador (2018), defende que a centralidade do cuidado à PCTM, não deve estar apoiada

¹¹Em linhas gerais, há uma proposta do que é chamado de “clínica ampliada” que envolveria um conjunto de recursos que visam a trabalhar o sujeito e seus laços sociais. (TORRENTÉ et al., 2008, p. 189).

unicamente no CAPS, mesmo que este serviço desempenhe um papel central na RAPS e na prática do cuidado em Saúde Mental. Neste sentido a concepção da clínica ampliada visa oferecer uma atenção que se pautar na relação usuário/população na abrangência do seu território, com perspectivas a atender a sua demanda de maneira articulada com os pontos de atenção. Portanto:

Disso decorre a importância de integrar ações entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária em saúde mental, fortalecendo os princípios doutrinários do SUS, com uma RAPS integral, universal e equitativa. Primeiramente, portanto, pela reorientação da assistência e do cuidado, migrando da concepção do modelo de tratamento asilar, no entanto, ainda presenciamos um cenário de grande desarticulação entre os dispositivos de atenção, de ausência de fluxos e protocolos conjuntos de cuidado e resistência de muitos profissionais na assistência à saúde dessas pessoas, refletindo em negativa do acesso e na ausência de cuidado em todos os níveis de atenção. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p. 142).

Contudo, mesmo com a incorporação da lógica da Clínica ampliada e com a ampliação das unidades da RAPS, ainda há entraves, que a Prefeitura Municipal de Salvador (2018), destaca:

Apesar do incremento progressivo de unidades na rede, principalmente do componente da Atenção Básica, mantém-se a insuficiência de equipamentos em saúde para responder à demanda crescente em todos os demais componentes. Essa desarticulação fragmenta o cuidado e assistência, implicando a predominância da crise como principal via de acesso à rede de atenção psicossocial, gerando demandas para urgência e emergência em detrimento da prioritária porta de entrada da atenção primária, pela qual se deveria partir do necessário acompanhamento de prevenção, promoção e ações de cuidado em saúde mental. Ao passo em que um significativo público de casos leves permanece vinculado somente à atenção especializada pela dificuldade de contrarreferência ao território de origem. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p. 142).

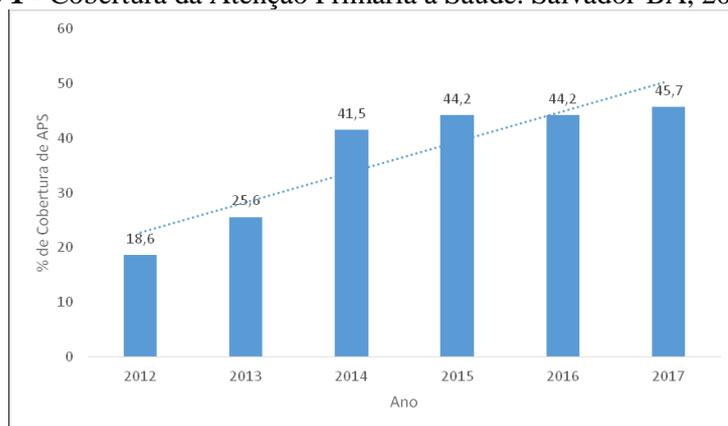
Gazignato e Silva (2014, p. 297), chama atenção para os desafios que a Saúde Mental enfrenta para se articular com as ações da Atenção Primária a Saúde:

Dentre os desafios e iniciativas da reforma psiquiátrica está a inserção da saúde mental na atenção básica, especialmente por meio das equipes de saúde da família. Segundo Delfini et al. (2009), apesar dos frequentes debates sobre os cuidados em saúde mental na atenção básica, ainda são poucos os estudos que abordam sua implementação. Nunes et al. (2007), em uma pesquisa realizada na Bahia, concluem que ainda há uma grande lacuna entre as diretrizes propostas pela política de saúde mental e as práticas realizadas pelos profissionais. A operacionalização de uma rede de cuidados e o desenvolvimento de ações estendidas ao espaço social mais amplo têm encontrado impasses.

Barros e Bernardo (2017, p. 71) seguem sua análise, refletindo que o SUS ainda não está completamente efetivado, consequentemente as políticas na área de saúde enfrentam desafios complexos, pois ainda se encontram em construção. Neste sentido situa a Política de Saúde Mental no SUS e como a lógica neoliberal impacta no funcionamento dos serviços:

A construção do SUS no Brasil ainda está em curso. Entretanto, é na prática cotidiana dos serviços que ele se estabelece e se constitui enquanto modelo de atenção. A Saúde Mental, no contexto do SUS, constituiu-se muito recentemente à luz das novas propostas trazidas pela Reforma Psiquiátrica. A consolidação de serviços de atenção em Saúde Mental no SUS e os novos modelos de cuidado ao sofrimento psíquico revelam as dificuldades e impasses que o novo sempre contém. Por um lado, a lógica neoliberal atual parece ganhar cada vez mais força na sociedade e colonizar os espaços mais diversos, inclusive a saúde, mas, por outro, continuamos na implementação do Sistema Único de Saúde, na contramão da lógica colonizadora do capital. A tensão que se constitui entre a racionalidade liberal privatista e a universal e igualitária – que, de acordo com Campos (2007), caracteriza o SUS – se manifesta no cotidiano dos CAPS na forma dos diversos vínculos empregatícios que convivem na mesma instituição, na lógica de gastos mínimos para máximo de produtividade, no número insuficiente de equipamentos para que a demanda seja atendida de maneira satisfatória.

A partir disto, conforme gráfico abaixo, levando em consideração a relevância dos concursos públicos e a composição suficiente de profissionais na APS, observa-se que houve um desenvolvimento no tocante a cobertura da APS, visto que a partir de 2012 a 2017 houve um constante crescimento desta cobertura, em comparação a 2012 com 18,6% e 2017 com 45,7%. Contudo apesar deste aspecto positivo, Salvador ainda se encontra com menos da metade do seu percentual assistido por ações da Atenção Primária a Saúde.

Gráfico 1 - Cobertura da Atenção Primária à Saúde. Salvador-BA, 2012-2017*

Fonte: Prefeitura Municipal de Salvador (2018, p. 104).

A Prefeitura Municipal de Salvador (2018, p. 104) reflete que:

Nota-se que houve um incremento de 146,7% no percentual de cobertura da APS, com importante destaque para o período de 2013 a 2014, sendo possível observar um incremento de cerca de 62% na referida cobertura, que pode ser correlacionado com a intensa recomposição do quadro de recursos humanos para compor as EqSF, mediante convocação de profissionais do Concurso Público nº 01/2011.

Gazignato e Silva (2014, p. 297-298), afirmam que é necessário ponderar que a implementação do processo de Reforma Psiquiátrica ainda está em curso, e que as experiências concretas de ações de saúde mental na APS, ainda são incipientes, pois:

Nunes et al. (2007) identificaram os princípios da integralidade e da participação social, além das propostas de ampliação do conceito de saúde-doença, da interdisciplinaridade no cuidado e da territorialização das ações, como questões que orientam tanto o modelo psicossocial da saúde mental como a ESF. Esta última funcionaria como um importante articulador da rede de saúde mental, na tentativa de superar o modelo hospitalocêntrico e centrar o cuidado na família. Entretanto, a implementação de ações de saúde mental na saúde da família ainda está em processo de consolidação, uma vez que a ESF pode ser entendida como uma tecnologia de produção do cuidado em saúde mental a ser explorada e mais bem desenhada como possibilidades de atenção comunitária.

Para solucionar ou amenizar essas demandas citadas, mais emergentes, a Prefeitura Municipal de Salvador (2018), cita alguns planejamentos possíveis de serem executados, que interligam a RAPS, desde a APS:

Identifica-se, então, a necessidade de produção e ampliação das ações em saúde mental no território através das equipes de atenção primária para gerar cuidado em saúde, principalmente diante das vulnerabilidades psicossociais das condições de vida que atingem significativa parte da população,

comumente acompanhadas por importante sofrimento psíquico. Inclui-se aqui a necessária ampliação das articulações dos NASF com toda a Rede de Atenção Básica, aumentando as ações de matriciamento na atenção psicossocial. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p. 142).

Ratificando a importância das ações em saúde mental, com as estratégias de atenção primária, segundo Campos e Figueiredo (2008), faz-se emergente que a saúde mental, seja inserida e incentivada à se integrar no Programa de Saúde da Família (PSF), pois tem crescido as demandas por este tipo de atenção, preconizados por questões familiares, sociais, uso de substâncias psicoativas, como também obstáculos que emergem na vida do cidadão, como consequência das transformações societárias, sobretudo miséria e desemprego, causando assim, recorrentes crises de ansiedade, depressão e estresse.

Outro ponto relevante para a composição das redes de atenção à saúde é o apoio matricial, pois o trabalho nesta lógica é muito importante em uma Rede de Atenção à Saúde, afinal:

Permite distinguir as situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que podem ser acompanhadas pela Equipe de Referência e por outros recursos sociais do entorno, daquelas demandas que necessitam de uma atenção especializada da Saúde Mental a ser oferecida na própria Unidade Básica pelos profissionais matriciais ou de acordo com o risco, vulnerabilidade e gravidade, pelo CAPS da região de abrangência. Pretende-se, com isso, produzir coresponsabilização entre Equipe de Referência e profissionais matriciais, de modo que o encaminhamento preserve o vínculo e possa ser feito de forma dialogada. (CAMPOS; FIGUEIREDO, 2008, p. 148).

Conforme Mendes (2011), a própria Rede de Atenção à Saúde, foi formulada e implementada com a meta de superar um sistema fragmentado de saúde, para tanto o novo Sistema colocou como pertinente a sistematização dos Distritos Sanitários, no sentido de viabilizar o serviço com um recurso limitado, para a maior abrangência de pessoas possíveis e problemas complexos. Ou seja, a partir do planejamento, ação específica e demanda regionalizada, há uma economia de recursos físicos, financeiros e humanos.

No que tange a constituição de uma Rede de Saúde efetiva e integral, Barros, Colvero e Correia (2011, p. 1503), defende que:

Os novos conhecimentos adquiridos pelo PSF propõem ações de saúde mental na atenção básica, que determinam modificações no paradigma da assistência psiquiátrica, determinando a desconstrução do histórico distanciamento entre as práticas psiquiátricas excludentes e a atenção primária à saúde

A partir desta citação, compreende-se a importância da inclusão de ações em Saúde Mental na APS, pois fortalece a proposta da Reforma Psiquiátrica, incluindo a pessoa com

transtorno mental em dispositivos que estão localizados no seio da comunidade, fortalecendo os vínculos sócio comunitários, impulsionando o processo de humanização e autonomia, caminhando na perspectiva da quebra de estigma e exclusão, bem como consolidando a própria noção de Rede a partir da articulação dos pontos de atenção. Pois Gazignato e Silva (2014), defendem o compartilhamento de ações entre a APS e a Saúde Mental, em face de uma “corresponsabilização pelos casos”, tendo como contribuição, discussões, intervenções, planejamento e supervisão do cuidado em saúde mental pela lógica do apoio matricial em Rede.

3.2 PROCESSOS DE TRABALHO E PRECARIZAÇÃO EM SAÚDE

Segundo Gazignato e Silva (2014, p. 300), a categoria trabalho desempenha um papel essencial para a noção e conformação de Rede de Atenção a Saúde, visto que os processos de trabalho desenvolvidos em conjunto propiciam uma maior efetivação no cuidado integral e humanizado. Neste sentido o trabalho na área de Saúde Mental, implica no desenvolvimento de práticas interdisciplinares sob a lógica Inter e Multidisciplinar, e dentre estes encontra-se o trabalho profissional articulado para superar necessidades e criar estratégias no interior e exterior da comunidade.

Contudo, Barros e Bernardo (2017) ao problematizarem “a lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS”, afirmam que o impacto do neoliberalismo nas políticas sociais, sobretudo na política de saúde mental desencadeia uma série de desafios para os profissionais que atuam neste campo. Os autores retratam o pensamento de Antunes (1995, p. 62), para dizer que a globalização da economia influenciada pelo neoliberalismo, provocou consideráveis transformações no mundo do trabalho.

Não por acaso, uma das principais características que marca o espírito ‘flexível’ do capitalismo na atualidade diz respeito à reformulação do papel do Estado, que deve estar cada vez mais ‘enxuto’, deixando para o ‘mercado’ o controle e a regulação dos diversos setores que envolvem a sociedade. Nesse contexto, a educação e a saúde também se convertem em mercadorias e, conseqüentemente, a Saúde Pública que deveria manter certa independência da lógica de mercado, agora, também passa a ser regida por uma retórica muito similar a do setor privado. Esse fato traz conseqüências diretas sobre a vivência dos trabalhadores dessas instituições, seja sobre as relações de trabalho seja na organização dos processos de trabalho. Deve-se destacar, ainda, que a qualidade do serviço prestado também pode ser afetada.

A Prefeitura Municipal de Salvador (2018) problematiza uma dificuldade vivenciada na RAPS na cidade, que está no déficit de recursos humanos, mais precisamente na escassez de

concurso público, reverberando na insuficiência de trabalhadores para responder as demandas dos usuários dos serviços em Saúde Mental de forma suficiente, através do Plano obteve a informação, que desde 2011, não há certame para o preenchimento de pessoal. Assim:

Um dos aspectos que parece gerar sofrimento nos trabalhadores é o contraste entre seu envolvimento com as propostas da Reforma Psiquiátrica e a existência de que há número insuficiente de profissionais para realizar a assistência preconizada, que envolve diversas atividades de cuidado, bem como a atenção à crise. Nesse contexto, cabe à equipe buscar organizar alguma maneira de manter o CAPS aberto e garantir o mínimo necessário à complexidade que a clínica nestes serviços exige, sem que isto afete os usuários diretamente produzindo desassistência. (BARROS; BERNARDO, 2017, p. 68-69).

Neste sentido, segundo Santos e Torrenté (2015), ao analisar o CAPS ia¹² em Salvador, posiciona-se sobre as problemáticas das condições de trabalho precarizadas, com instituições insuficientes e lotadas, em face da responsabilidade do trabalhador e as fragilidades que ele enfrenta no que tange a dificuldade de trabalhar em comunidades com tantas necessidades sociais. Assim é necessário o reconhecimento dos Determinantes Sociais da Saúde¹³, levando em consideração os aspectos sociais e econômicos que tanto os usuários, como até mesmo os trabalhadores estão submetidos, como também a precarização das condições de trabalho ofertadas a estes profissionais, desta forma:

Frente à fragilidade técnica de algumas profissionais no que diz respeito aos DSS's e a responsabilidade de atender um grande número de casos, coadunado com Mendes (2010) que argumenta que a preocupação no acolhimento não seja só com os usuários, mas com as condições de trabalho das profissionais. (SANTOS; TORRENTÉ, 2017, p. 100).

Porém, conforme Magalhães (2015), a precarização do trabalho abrange todos os processos de trabalho, inclusive na área da saúde, pois a precarização no contexto de contrarreforma do Estado constitui-se enquanto uma tendência econômica no âmbito da globalização. Neste sentido, novas formas de organização do trabalho, marcado pela centralidade da reestruturação produtiva, traz diversas consequências, provocando insegurança

¹² CAPS ia: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes. (BRASIL, 2017).

¹³ A saúde possui relação estreita com a forma como a sociedade está organizada, o que proporcionou o estabelecimento das teorias explicativas sobre essa relação, que os autores das ciências da saúde denominaram de determinantes sociais da saúde (DSS). A nosso ver, o que na verdade temos são condições sociais (desigualdades, pobreza, desemprego, miséria etc.) benéficas ao capital e deletérias à saúde, fazendo com que a falta de saúde se configure, também, numa condição socialmente imposta. (SOUZA et al., 2013, p. 55).

e instabilidade nos vínculos trabalhistas, bem como uma fragilidade nas relações empregatícias, como exemplo a terceirização, em face da estagnação de concursos públicos.

Antunes (2007) coloca que, no interior da flexibilização da organização do trabalho a terceirização representa a sua principal forma. Por um lado, a facilidade de se adaptar as novas exigências produtivas e do mercado produz um caráter flexível à gestão, que se desobriga de tudo que é fixo, rígido ou estável, dos diferentes usos da força de trabalho. Daí a transferência das responsabilidades de gestão pra um terceiro. Por outro lado, essa transferência desresponsabiliza a empresa contratante quanto aos direitos dos trabalhadores em todos os níveis, ao mesmo tempo em que fazem fragmenta os coletivos de trabalho e joga-os em condições precárias de trabalho, de saúde e de emprego. Assim, a terceirização permite visualizar o “lugar” em que se evidencia a associação entre flexibilização e precarização: a organização do trabalho. Onde observa-se que grande parte da força humana disponível para o trabalho em escala global ou se encontra exercendo trabalhos parciais, precários, temporários, ou já vivenciam a realidade do desemprego. Estes trabalhadores encontram menos trabalho, espalhando-se pelo mundo à procura de qualquer trabalho que lhe seja oferecido, configurando uma crescente tendência de precarização do trabalho em escala global. (ANTUNES apud MAGALHÃES, 2015, p. 4).

Desta forma, os processos de trabalho no Brasil não estão deslocados da reestruturação produtiva em âmbito mundial, neste sentido a saúde mental no Sistema Único de Saúde, também reflete os efeitos deste fenômeno. Segundo Magalhães (2015), a partir da década de 90 o SUS começou a sofrer medidas de flexibilização e precarização nas relações trabalhistas, surgindo assim outras formas de vínculos. Inicialmente essas medidas foram implementadas pelo Governo Federal e após isto ampliou-se para as esferas estaduais e municipais, trazendo como impacto um enorme cenário de precarização no SUS. Desta forma:

Tem-se: O Regime estatutário, O Regime trabalhista, Seleção Pública e Concurso Público, Livre Contratação. As diferenças e as características que cada um dos vínculos citados apresenta, de acordo com a Legislação Trabalhista, resumem-se em: Celetista, Contratos de Prestação de Serviços por Prazo Determinado e Indeterminado, Contrato Verbal, Bolsas, Cargo Comissionado, Função de confiança ou Função Gratificada. Observando-se assim, que existem diversas formas de vinculação dos trabalhadores no serviço público, que contrariam os princípios normativos da administração pública consagrados na Constituição de 88, nas quais a inserção no serviço público só poderá se dá por meio de concurso público. Essas formas de inserção, descritas anteriormente, remetem à flexibilização e precarização do trabalho, onde os trabalhadores não possuem seus direitos trabalhistas respeitados, e ficam desprovidos de proteção social. (MAGALHÃES, 2015, p. 9-10).

Silva (2010), afirma que a precarização nos processos de trabalho em Saúde mental prejudica muito a sua real efetivação, pois devido ao panorama sócio econômico e político do

Brasil, acirrando os danos para os trabalhadores da saúde como um todo, e desta forma desmobilizando lutas. Além disto, os trabalhadores são geralmente culpabilizados, mas há situações adversas que limitam a qualidade do serviço prestado, como o déficit de recursos humanos, físicos e materiais.

Silva (2010), afirma ainda que os investimentos na educação permanente ainda são insuficientes, e que os processos de trabalho em saúde têm sua fragilidade agravada devido a uma falta de valorização profissional, contratos trabalhistas frágeis e extensivas jornadas de trabalho.

A pesquisa desenvolvida em um CAPS^{ia} na cidade de Salvador, também problematiza a educação permanente dos profissionais que atuam no espaço supracitado, refletindo que a educação permanente pode auxiliar em um melhor acolhimento, atendimento, escuta qualificada e encaminhamento aos usuários:

São apenas dois CAPS^{ia} no município, o que dificulta a admissão das pessoas para atendimento. É mister falar sobre esses entraves, pois na análise do que é ou não caso para a instituição, alguns talvez deixassem de ter o peso necessário por falta de tempo e espaço para observar de forma mais detalhada a todos. O momento considerado oficial do acolhimento nos fazia refletir sobre o fundamental processo de educação permanente das residentes e da equipe como um todo. (SANTOS; TORRENTÉ, 2017, p. 99.).

A educação permanente na RAPS é fundamental, visto que é a partir da formação, qualificação e de ações matriciais que se constitui um trabalho em Rede. Desta forma a ausência de educação permanente a estes profissionais repercute na falta de diálogo, na dificuldade de criação de estratégias, no desconhecimento da política e seus pontos de atenção, encaminhamentos equivocados, entre outras intervenções sem êxito. Assim é necessário a valorização profissional, através da educação permanente, preenchimento do quadro de profissionais e outras medidas que visem atenuar a precarização dos processos de trabalho. Pois sem trabalhadores (qualificados) não há como se constituir uma Rede de Atenção, visto que é a partir dos processos e relações de trabalho que o Apoio Matricial se estabelece. Desta forma o Apoio Matricial na saúde mental, é um ponto central na lógica da Reforma Psiquiátrica, pois:

O Apoio Matricial surgiu a partir da constatação de que a reforma psiquiátrica não pode avançar se a atenção básica não for incorporada ao processo. Concentrar esforços somente na rede substitutiva não é suficiente, é preciso estender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de assistência, em especial, da atenção básica. Entretanto, sabe-se que as equipes de atenção básica se sentem desprotegidas, sem capacidade de enfrentar as demandas em

saúde mental que chegam cotidianamente ao serviço, especialmente os casos mais graves ou crônicos. O matriciamento visa a dar suporte técnico a essas equipes, bem como a estabelecer a corresponsabilização. (GAZIGNATO; SILVA, 2014, p. 298 apud DIMENSTEIN et al., 2009).

Gazignato e Silva (2014, p. 302), problematizam a ausência de “corresponsabilização” entre os serviços, onde essa falta de responsabilização é expressada na cultura da hierarquia entre os serviços de saúde, na falta do diálogo matricial, como também em ações desenvolvidas de forma individual em detrimento da noção de Rede. Assim, este fato repercutiu na falta de participação e empenho dos profissionais e dos serviços de saúde. Assim, o matriciamento em saúde mental tem por objetivo superar essa tendência, “experimentar novas estratégias e reforçar a rede de cuidados entre saúde mental e atenção básica parece ser uma via privilegiada de mudança daquilo que, hoje, mostra-se pouco resolutivo e estagnado”. (GAZIGNATO; SILVA, 2014, p. 302).

Para tanto, torna-se imprescindível a realização de concurso, a contratação de trabalhadores para atuarem no SUS, bem como é de fundamental importância a realização de processos formativos que contribuam para o desenvolvimento de ações que estejam em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e da RAPS.

3.3 A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA RAPS EM SALVADOR

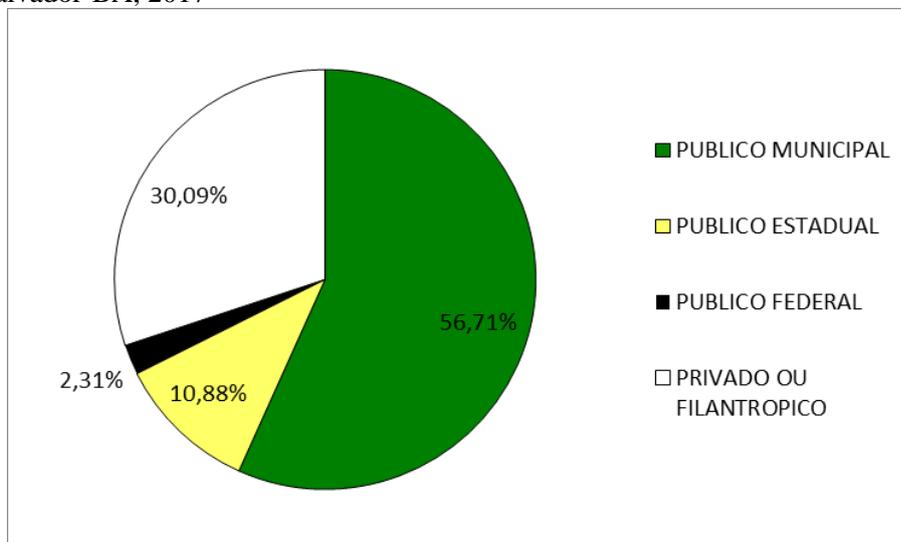
Conforme o Plano Municipal de Saúde (2018), a cidade de Salvador, possui uma Rede de atenção à Saúde, cuja característica pauta-se em atendimento ambulatorial, hospitalar e ações de promoção a saúde (o PMS não delimita as ações de promoção e prevenção desenvolvidas na cidade), com unidades que atendem via o SUS e por convênios e/ou parcerias. A cidade possui atualmente:

2.986 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) até junho de 2017. Desse total, a maioria (85,53% - 2.554) é privado não vinculado ao SUS, 8,20% são público municipal, 1,57% público estadual, 0,35% público federal, e 4,35% filantrópicos e privados vinculados ao SUS.

Dos 432 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde vinculados ao SUS, 81,25% estão sob gestão municipal, 14,58% sob gestão estadual e 4,17% sob gestão dupla. A rede complementar representa 30,09%, ao passo que a rede pública responde por 69,91% dos estabelecimentos. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p. 98).

Conforme gráfico abaixo, tem-se a visualização da organização dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, através do tipo de prestador, com um dado relevante que é possível problematizar a articulação entre o público e privado, e os rebatimentos deste fenômeno no SUS.

Gráfico 2 - Total de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde vinculados ao SUS por tipo de prestador, Salvador-BA, 2017



Fonte: Prefeitura Municipal de Salvador (2018, p. 98).

Analisando o Plano Municipal de Saúde de Salvador, segue-se a informação da ilustração, quanto a divisão dos serviços assistenciais, por esfera municipal, estadual e filantrópico e/ou privado:

Quanto à modalidade assistencial, 100% dos EAS prestam assistência ambulatorial e 12% realizam internações hospitalares. Vale destacar que a maior parte dos EAS SUS ambulatoriais concentram-se na rede pública municipal, seguida da rede privada ou filantrópica com 56,71% e 30,09% respectivamente. No entanto, essa relação difere quando se analisa a concentração de EAS SUS na modalidade hospitalar, cuja predominância desses serviços encontra-se na rede privada ou filantrópica (54,90%), seguida das esferas pública estadual (41,18%) e federal (3,92%). (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p. 98).

Ao analisar este dado, verifica-se que na modalidade hospitalar a concentração dos estabelecimentos de assistência à saúde está predominantemente na rede privada e/ou filantrópica. Desta forma, é notório a articulação entre o público e privado, onde por vezes há prevalência dos serviços de assistência à Saúde no setor privado, trazendo consequências negativas, precarizando a política nacional da Saúde e a própria Constituição Federal de 1988. Desta forma, é importante problematizar, que:

Trata-se de um sistema de saúde que, embora constitucionalmente definido como universal e integral, tem o setor privado prestador sustentado pela compra estatal de serviços e um segmento de seguradoras e operadoras de planos de saúde fortemente subsidiado pelo Estado, pelos distintos instrumentos de renúncia fiscal [...]. É hora, portanto, de superar a herança do que foi construído no período de vigência do “corporativismo bifronte e “segmentário” dos regimes burocrático-autoritários, em que as políticas sociais se constituem em espaços de interpenetração do Estado e do setor privado, onde este tem um lugar privilegiado na formulação de políticas.(PORTO; SANTOS; UGÁ, 2008, p. 1439).

Quanto à distribuição dos serviços assistenciais à saúde, através das modalidades de consultas básicas e especializadas, o PMS, avalia a relação entre necessidades e demanda.

Quanto à necessidade de consultas básicas e especializadas, foi estimado que, no ano de 2016, a população de Salvador necessitar-se-ia de 4.728.859 consultas, sendo 3.354.934 básicas e 1.373.925 especializadas. Sendo realizadas 837.650 consultas básicas, tendo sido orçadas 2.278.788, tendo em vista a capacidade instalada da rede própria, além de serem realizadas 1.876.704 consultas especializadas para a população própria e referenciada. Esse cenário aponta que para atingir as necessidades de serviços de saúde da população soteropolitana é mister o investimento na rede básica do município. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p. 101).

Através dos dados acima, percebe-se que entre a necessidade de consultas básicas e especializadas, estimada em 2016, a demanda que foi apresentada para Salvador não corresponde à resposta obtida pelos Estabelecimentos de Atendimento à Saúde, demonstrando um déficit enorme no tocante ao atendimento dessa população.

Conforme a Prefeitura Municipal de Salvador (2018), na sessão da Rede de Atenção Psicossocial, descreve a trajetória assistencial da Saúde Mental na cidade, salientando que esta assistência esteve por décadas atrelada a manicômios. Para ampliar a visualização deste dado, a RAPS em Salvador era composta por 3 ambulatórios especializados no âmbito do município e 5 Hospitais Psiquiátricos no âmbito do Estado.

Salientando que o primeiro CAPS, só foi inaugurado na cidade de Salvador em 1997, denominado como: Aristides Novis, situado no Distrito Sanitário de Brotas. Demonstrando este panorama:

Nessa única região concentravam-se: o Hospital Santa Mônica (fechado em 2003), Sanatório Bahia e Casa de Saúde Ana Nery (ambos fechados em 2006), e o Hospital Especializado Mário Leal (ainda em funcionamento). O fechamento de três instituições psiquiátricas de grande porte no período de três anos acarretou uma brusca redução de 1.100 leitos psiquiátricos, sem nenhuma transferência imediata do cuidado para serviços substitutivos locais,

uma vez que o CAPSia foi inaugurado nesse território em 2004 e o CAPS II em 2007. (AMARAL et al., 2018, p. 805).

A Prefeitura Municipal de Salvador (2018) ratifica que a RAPS, instituída pela portaria de nº 3.088/2011 segue a diretriz da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, através da lei 10.216/2011, onde esta política normatiza os aparelhos e dispositivos que devem constituir a RAPS, para ampliar o acesso aos usuários desta política através dos critérios de demanda, população e território. O funcionamento está baseado na possibilidade do acesso e cuidado contínuo, quebra de estigmas e exclusão social, e a organização regional da oferta dos serviços intersectorializados, com o objetivo de criar um mapa de cuidado em Saúde Mental, que possibilite o acesso e cuidados destes indivíduos.

Mais uma limitação que a Prefeitura Municipal de Saúde (2018) aborda, está centrado na escassez de enfermagem especializada para atender aos usuários da Saúde Mental em Hospital Geral, bem como nos próprios serviços especializados.

Trindade (2017), ao refletir sobre este ponto de atenção na RAPS, afirma que a abertura de leitos em hospitais gerais, direcionados a pessoas com sofrimento mental, é uma conquista para a Reforma Psiquiátrica. No entanto, a efetivação prática ainda caminha lentamente, pois existe uma compreensão que os Hospitais Gerais já funcionam de forma superlotada, e esta medida só iria sobrecarregar mais ainda as unidades. A autora revela ainda, que a inserção da PCTM em um Hospital Geral causa incômodo, não só para outros usuários, como da própria equipe que compõe o serviço, pois o indivíduo com TM é considerado alguém que pode perturbar a ordem hospitalar. Outra questão está pautada na falta de equipe médica especializada, sendo um outro fator de obstáculo para a ampliação desses leitos.

Desta forma, a maioria das demandas, principalmente as de crise moderada e grave, são atendidas nos dois Hospitais Psiquiátricos de gestão estadual: Juliano Moreira e Mário Leal salientando que estes hospitais em questão, além de atender as demandas de Salvador, atendem a demanda de toda Bahia, tendo como consequência uma lotação do serviço de caráter pontual, visto que é um ponto de atenção para situações específicas de crises, que o acesso deveria ser reduzido, através do cuidado contínuo dos CAPS. .

Neste sentido, Silva (2010), analisa que o Estado (enquanto gestor e executor de políticas públicas e sociais) age na contramão da política de saúde mental, pois ao invés de fortalecer a rede substitutiva de serviços, opta por uma desospitalização, e paralelamente uma estagnação no investimento e ampliação dos serviços extra-hospitalares, gerando uma grave falta de assistência, pois além de fechar as unidades hospitalares, não há uma compensação em outros pontos de atenção, assim constituindo uma dupla desassistência.

Ainda fazendo a análise documental do Plano Municipal de Salvador (2018), o documento discute o processo da reforma psiquiátrica na cidade de Salvador, e que a partir disto, houve uma série de critérios para que os estabelecimentos e serviços se ajustassem as novas diretrizes, dentre essas regras, cita-se: o Termo de Ajuste de Conduta do Ministério Público, que foi implementado em 2005, e a partir deste ano, até 2009, ocorreu o fechamento de 3 hospitais psiquiátricos na cidade de Salvador, e a garantia de adequação de outros 2 hospitais, bem como a ampliação de CAPS. Desta forma:

No período de 2005 a 2009, houve o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a ampliação de CAPS. Até o ano de 2007, havia 10 (dez) CAPS implantados, subindo para 18 (dezoito) CAPS em 2009, incluindo-se a municipalização de 3 (três) serviços estaduais.

Em 2010 e 2012, foram implantados mais 2 CAPS tipo AD. Assim, atualmente totalizam-se 20 CAPS localizados em Salvador, sendo 18 municipais (14 tipo II, 1 ad II, 1 ad III e 2 ia II), 1 conveniado tipo II e 1 estadual tipo ad II. A distribuição dos CAPS no território municipal ocorreu de maneira heterogênea nos diferentes distritos sanitários. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018, p. 137).

A partir dos estudos até aqui demonstrados, percebe-se que o impacto do fechamento dos Hospitais Psiquiátricos, sob a análise da Reforma Psiquiátrica, revela que a RAPS em Salvador, se constitui enquanto uma Rede de atenção à Saúde Mental bastante fragilizada, e isto se agrava a partir do fechamento de unidades especializadas, em contrapartida não há uma compensação na implementação e/ou ampliação de serviços substitutivos, desta forma agravando um déficit assistencial em Saúde Mental aos usuários da Política na cidade.

Desta forma, vale fazer uma breve correlação da quantidade populacional com as necessidades de atendimento psiquiátrico na cidade de Salvador, versus os dispositivos em saúde mental via SUS existente na cidade. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada no ano de 2014, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e o Ministério da Saúde (MS), revela que aproximadamente 471 mil pessoas estão em sofrimento psíquico, fazendo assim o Estado ocupar o ranking de 21º no cenário de transtorno mental, entre todos os estados do país.

Segundo a Prefeitura Municipal de Saúde (2018), há 20 CAPS na cidade de Salvador, distribuídas pelos distritos sanitários. Ressaltando a existência de somente 3 CAPS Álcool e Drogas e 2 direcionado ao público infantil e adolescente. Visto que o CAPS tem como função principal a prestação de assistência às pessoas que tenham algum TM grave e persistente, devendo oferecer os serviços dentro do território de abrangência do usuário

Conforme quadro abaixo é possível visualizar, a distribuição dos CAPS de acordo com a sua tipologia e caracterização, em relação a existência e déficit do serviço em detrimento da população de Salvador:

Quadro 4- Panorama quantitativo dos CAPS em Salvador, 2018.

Tipologia	Caracterização	Dado Populacional	Existência	Déficit	Total
CAPS I:	atende PCTM e por uso de crack, álcool e outras drogas. Todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;	2.938.092 habitantes (IBGE, 2016)	X (não se aplica a Salvador)	X (não se aplica a Salvador)	X (não se aplica a Salvador)
CAPS II:	atende PCTM e pode atender também por uso de crack, álcool e outras drogas. indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;	2.938.092 habitantes (IBGE, 2016)	14 municipais e 1 conveniado	28	42
CAPS III:	atende PCTM. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;	2.938.092 habitantes (IBGE, 2016)	X	15	15
CAPS AD II:	atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes	2.938.092 habitantes (IBGE, 2016)	1 municipal e 1 estadual	40	42
CAPS AD III:	atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da	2.938.092 habitantes (IBGE, 2016)	1 municipal	14	15

	Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes				
CAPS Ia:	atende crianças e adolescentes com TM e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.	2.938.092 habitantes (IBGE, 2016)	2 municipais	18	20

Fonte: Elaborado pela autora baseado no *Plano Municipal de Saúde de Salvador 2018-2021* e Brasil (2011).

A metodologia usada para fazer o comparativo entre existência e déficit dos equipamentos de CAPS em Salvador, teve como base o critério populacional para cada tipologia de CAPS em relação a quantidade populacional de Salvador. Como exemplo: o CAPS III e AD III, tem como regra 1 CAPS do gênero para cada 200.000 habitantes. Assim $200.000 \times 15 = 3.000.000$, que é $\cong 2.938.092$, a quantidade populacional da metrópole supracitada.

É notório uma grande quantidade de usuários, em detrimento de dispositivos para dar assistência em Saúde Mental de forma integral e eficiente, resultando em uma fragilidade assistencial da RAPS em Salvador:

Esse momento de transição de modelos, ainda recente na cidade de Salvador, abre uma lacuna a ser preenchida pela potencialidade de debates e ações sobre saúde mental, no território. Nesse ponto, o CAPS – e outros dispositivos que coadunem com as propostas da Reforma – parecem ocupar importante papel pedagógico, na medida em que são agentes que se territorializam, no sentido de territorializar práticas de cuidado. (NUNES; SANTOS, 2011, p. 9).

O reflexo deste cenário apresentado por meio da tabela é demonstrado nos obstáculos cotidianos dos pontos de atenção em Saúde Mental.

Neste sentido, através de uma pesquisa de campo realizada recentemente por Santos e Torrenté (2017), em um CAPS ia, na cidade de Salvador, demonstrou que é recorrente a

negação de matrículas na unidade, tendo como medida frequentemente viável o encaminhamento dos usuários para outras unidades. Contudo, esta medida em sua maioria das vezes não foi exitosa, visto que os outros pontos de atenção à saúde mental em Salvador padecem do mesmo obstáculo. A dificuldade do acesso aos serviços de saúde mental em Salvador é visto em vários pontos de atenção da RAPS. Guimarães et al (2014), problematiza que o obstáculo do acesso nos serviços substitutivos enfrentados pelos os usuários gera agravos no acompanhamento do indivíduo, alargando as possibilidades de crises e internações. Desta forma:

A rede territorial de assistência busca fomentar ações de promoção da saúde, prevenção e intervenção precoce em saúde mental, buscando o cumprimento da meta de internação como último recurso terapêutico, evitando, assim, a reinternação psiquiátrica. No panorama atual da RPB observamos o emergir de dificuldades que são potencialmente opositoras à eficiência do processo de desinstitucionalização: a incompatibilidade entre a estrutura dos programas e serviços substitutivos de saúde mental e as necessidades habituais dos usuários desses dispositivos. (GUIMARÃES et al., 2014, p. 554).

Conforme a pesquisa no CAPS ia, na capital da Bahia, foi possível levantar algumas informações sobre a caracterização e limitações deste serviço específico. Desta forma:

Este serviço está localizado em um bairro popular de Salvador, ao lado de um hospital psiquiátrico do Estado. É responsável por atender, junto com outro CAPSia, toda a população infanto-juvenil da capital [...]. A maioria dos usuários é proveniente das camadas populares, com grande representatividade do sexo masculino, cor/raça negra e faixa etária entre um ano e dezoito anos. As suspeitas diagnósticas que mais se apresentavam eram os transtornos globais do desenvolvimento (a maior parte autismo), déficit cognitivo, esquizofrenias e, o que nos chamou atenção, o transtorno de conduta. (SANTOS; TORRENTÉ, 2017, p. 95).

Quanto aos dispositivos da RAPS, a exemplo do CAPS AD e Infantil, o PMS (2018), caracteriza os pontos de serviço por faixa etária e sinaliza a insuficiência destes equipamentos nos distritos sanitários, necessitando que desenvolvam ações a partir da pactuação entre os territórios. Assim diz:

Os 03 (três) CAPS tipo ad atendem pessoas de todas as faixas etárias, sendo um destes tipo ad III, com funcionamento 24h, e um tipo ad II é de gestão estadual. Os 2 (dois) CAPS tipo ia são voltados para atendimento de crianças e adolescentes. Como não há esses equipamentos em todos os distritos sanitários para os CAPS tipo ad e tipo ia, o território de Salvador é compartilhado por pactuação entre as respectivas unidades de referência. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p. 138).

Conforme ilustração abaixo, a Prefeitura Municipal de Salvador (2018), demonstra a distribuição territorial a partir dos Distritos Sanitários:

Figura 2 - Distribuição territorial dos Centros de Atenção Psicossocial (rede própria). Salvador-BA.



Fonte: Prefeitura Municipal de Salvador (2018, p.137).

Refletindo sobre a distribuição dos serviços da RAPS em Salvador, o documento diz:

Os 14 (quatorze) CAPS tipo II são voltados para atendimentos de adultos e idosos, sendo o território de abrangência os Distritos Sanitários em que estão implantados. Nos Distritos Barra/Rio Vermelho e Cajazeiras, onde existem 2 (dois) CAPS II, as unidades dividem o território entre si. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p. 137).

Para melhor compreensão da distribuição territorial dos Centros de Atenção Psicossocial nos Distritos Sanitários de Salvador, optou-se por criar uma tabela, demonstrando o contingente populacional de cada Distrito Sanitário, em relação a quantidade de CAPS em que as regiões mencionadas são assistidas.

Conforme tabela abaixo veremos os DS, organizados por ordem de população e os CAPS que são ofertados.

Quadro 5- Panorama geral dos CAPs distribuídos nos distritos sanitários e o contingente populacional, 2018.

DISTRITO SANITÁRIO	POPULAÇÃO POR ORDEM DECRESCENTE	CAPS NO TERRITÓRIO
Cabula/Beiru	385.852	01 CAPS II / 01 CAPS AD II
Barra/Rio Vermelho	338.921	02 CAPS II
Subúrbio Ferroviário	322.116	02 CAPS II
São Caetano	257.463	01 CAPS II / 01 CAPS AD III
Itapuã	250.230	01 CAPS II/01 CAPS Ia
Pau da Lima	218.706	01 CAPS II
Brotas	203.297	01 CAPS II
Itapagipe	182.416	01 CAPS II
Liberdade	179.428	01 CAPS II / 01 CAPS Ia
Cajazeiras	159.029	02 CAPS II
Boca do Rio	126.328	01 CAPS II /
Centro Histórico	71.870	01 CAPS II / 01 CAPS AD II

Fonte: Elaborado pela autora de acordo no *Plano de Saúde Municipal de Salvador 2018-2021*.

Ao analisar a imagem da distribuição territorial do CAPS em Salvador, é visível que os equipamentos não estão distribuídos de forma equitativa pelo território, trazendo uma desproporção da quantidade dos pontos de atenção, acerca da abrangência e do contingente populacional dos Distritos Sanitários em questão. Como por exemplo: o DS Cabula/Beiru é o maior em população e possui apenas 01 CAPS tipo II e o CAPS AD II, já o DS do Centro Histórico que é o menor em população, conta com a mesma quantidade que o DS Cabula/Beiru.

O CAPS enquanto ponto central da Reforma Psiquiátrica ainda se mostra insuficiente em ofertar uma assistência satisfatória aos usuários da Política de Saúde Mental. Visto que:

O Caps é um serviço estratégico para promover a desospitalização e a reinserção social, compatíveis com os princípios da Reforma Psiquiátrica e com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. Porém, os Caps e os outros equipamentos substitutivos não são, ainda, suficientes para a cobertura da demanda de saúde mental nas diversas realidades do País. (GAZIGNATO; SILVA, 2014, p. 297).

Sobre os CAPS habilitados na cidade de Salvador, segundo PMS (2018), revela o último censo em 2017, que 11% dos CAPS em Salvador (cerca de 2 unidades), não estavam em conformidade (em aspectos de infraestrutura), com o que preconiza a lei de regulamentação nacional dos Centros de Atenção Psicossocial.

Em 2013, a gestão municipal fez um levantamento sobre o panorama da RAPS em Salvador, com o objetivo de se verificar as condições dos serviços em Saúde Mental, mais precisamente dos CAPS's, no que tange aos aspectos de: recursos humanos e físicos, infraestrutura dos imóveis, situação imobiliária, equipamentos, entre outros, a conclusão deste diagnóstico cita:

Consistindo precárias condições prediais, requerendo reformas das unidades para manutenção e melhores adequações técnicas dos imóveis. Ademais, há muita dificuldade em localizar imóveis adequados para a implantação de serviços em saúde, principalmente para CAPS, representando entrave na resolução de problemas e na requalificação da rede assistencial. Encontram-se imóveis sem as condições legais mínimas para efetivação de contrato de aluguel como escritura ou outras pendências documentais e financeiras. Além de imóveis que não permitem grandes intervenções nas instalações por serem alugados e/ou pequenos. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p. 139)

Plano de Saúde Municipal de Salvador 2018-2021, reflete que após o ano de 2013, houve uma melhoria na infraestrutura da RAPS, principalmente no tocante a situação imobiliária:

A partir do ano de 2013 foram realizadas requalificações estruturais, incluindo mudanças de imóveis para alguns CAPS. Contudo, as necessidades de manutenção e intervenções prediais são constantes e a maioria dos serviços necessita. Os CAPS Águas Claras e Gey Espinheira passaram por requalificações estruturais em 2013; o CSM e CAPS Oswaldo Camargo, CAPS Eduardo Saback e CAPS ad Pernambués, em 2015; o CSM Rubim de Pinho, CSM e CAPS Aristides Novis, em 2016. Os serviços que tiveram mudança de imóvel em 2014 foram o CAPS São Caetano e Liberdade; em 2016 o CAPS Nise da Silveira, Maria Célia Rocha e CAPS IA Luis Meira Lessa. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p. 139-140).

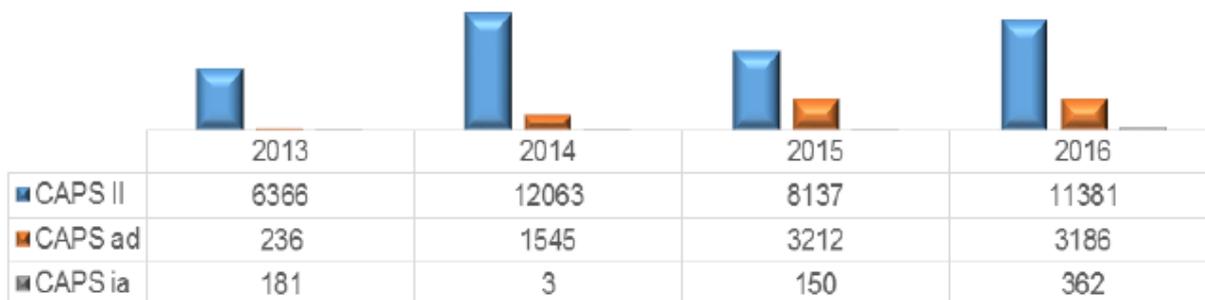
Dentre os entraves apontados a partir da análise do Prefeitura Municipal de Salvador (2018), revela-se na precariedade das estruturas em que se situa os CAPS, no tocante a sua situação imobiliária, sendo necessárias frequentes adaptações para que se mantenha o serviço.

Contudo, Silva (2010) ao discutir os processos de trabalho em saúde mental, relata que o Estado se sustenta em uma tese de escassez de recursos financeiros e físicos, consequentemente se desresponsabilizando no tocante as respostas dadas a “questão social¹⁴”.

¹⁴ O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais colectiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada. (IAMAMOTO, 1999, p. 27)

A partir do gráfico abaixo nota-se que o ano em que mais realizou atendimentos em distintos tipos de CAPS, foi o ano de 2016, visto que segundo Prefeitura Municipal de Salvador (2018), houve uma ampliação e aberturas de novos dispositivos do gênero, paralelo ao fechamento de 3 hospitais psiquiátricos na cidade de Salvador e a admissão destes respectivos pacientes no CAPS.

Gráfico 3 - Número de atendimentos realizados nos Centros de Atenção Psicossocial, segundo tipo de serviço. Salvador-BA, 2013 a 2016



Fonte: Prefeitura Municipal de Salvador (2018, p. 139).

Em relação ao sexo/gênero, revela que há uma diferença entre o sexo que acessa os serviços dos CAPS II e CAPS AD, dispostos em:

Ainda no período total de 2013 a 2016, quanto aos dados epidemiológicos, nos CAPS II tem-se que, em relação ao sexo, há um quantitativo maior de mulheres do que homens em atendimento, sendo o percentual de 57% feminino e 43% masculino; nos CAPS ad os homens acessam substancialmente mais e equivalem a maioria dos usuários ativos, o que se deve a diversos fatores transversais ao gênero e ao consumo de drogas, sendo 79% masculino e 21% feminino; nos CAPS ia há um quantitativo maior de meninos do que meninas em atendimento. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p. 139).

Ao analisar os dados no tocante ao gênero, que acessam os serviços substitutivos de saúde mental na cidade de Salvador, faz-se importante conhecer que o adoecimento psíquico do homem e da mulher é dado de forma distinta, pois:

A experiência do sofrimento psíquico é construída socialmente e traz em si a conformação dos valores e normas de uma determinada sociedade e época histórica. Em outras palavras, aquilo que parece ser algo extremamente individual, ou seja, a vivência de um conjunto de mal-estares no âmbito subjetivo, e também a vivência de cada um como mulher ou como homem, expressa regularidades que são moldadas por uma dada configuração social. (SANTOS, 2009, p. 2).

A partir desta citação cabe problematizar os papéis sociais desenvolvidos por homens e mulheres. Santos (2009), discute o Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo, 2001 - Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde/ONU, quando afirma

que o sexo feminino tem mais probabilidade de desencadear um transtorno mental. Visto que a sociedade estruturada pelo patriarcado, responsabiliza a mulher a desempenhar múltiplos papéis sociais, tais quais: mães, esposas, zeladoras da educação e cuidados da família, em muitos casos se constituem enquanto única provedora financeira do lar. Como também as mulheres são o principal alvo de violência doméstica, dupla ou tripla jornada, discriminação apenas por ser mulher, agravados pelo histórico de pobreza e escassez do provimento de necessidades básicas.

Desta forma faz-se necessário que a interseccionalidade seja presente na Política Nacional de Saúde Mental, bem como sejam problematizados e criados planos e projetos que reflitam sobre as problemáticas de gênero e raça no Brasil e a sua implicação no adoecimento psíquico. Assim:

O desafio a ser enfrentado pela sociedade brasileira contemporânea consiste em incorporar aqueles que, pelo fato de serem apenas diferentes, são destituídos da condição de sujeitos. Incorporar, no entanto, não significa sujeitar, silenciar e pôr ordem na suposta desordem. Significa, sobretudo, que as políticas públicas a serem desenvolvidas na área de saúde mental levem em consideração as questões postas pela perspectiva das relações sociais de gênero e, desta forma, estabeleça-se um exercício de desconstrução das certezas de nossa suposta ordem racional patriarcal. (SANTOS, 2009, p. 2).

Para além da questão de gênero, o Prefeitura Municipal de Salvador (2018) também aborda as demandas psiquiátricas que chegam até o serviço dos CAPS citados, revelando que o CAPS II:

Em relação ao perfil nosológico, no mesmo período, os dados encontrados foram agrupados a partir de como se apresentaram e na relação de similaridades entre si, em 21 grupos com concentração de CID (Classificação Internacional de Doenças). Verifica-se nos CAPS II predominância do grupo de esquizofrenia e esquizoafetivos (esquizofrenias, transtornos esquizotípicos, esquizoafetivos e delirantes persistentes em todas as classificações), em seguida o grupo transtornos depressivos (episódios depressivos e os transtornos depressivos recorrentes em todas as classificações) e em terceiro o grupo transtornos afetivos bipolar (afetivo bipolar e episódios maníacos em todas as classificações). (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p. 139).

Paralelamente as demandas, no CAPS AD, tem como centralidade o cuidado às pessoas com dependência ao álcool, crack e outras drogas:

Nos CAPS tipo ad ocorre predominância ao grupo síndromes de dependências (classificação em destaque devido ao quantitativo surgido) e o grupo transtornos devido ao uso de drogas (transtornos mentais e comportamentais devido ao uso das diferentes substâncias psicoativas em todas as classificações). Nos CAPS ia predominam o grupo hiperatividade (classificação em destaque devido ao quantitativo surgido e incluindo os distúrbios da atividade e da atenção) e o grupo transtornos do desenvolvimento (engloba as diversas classificações). (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p. 139).

A Prefeitura Municipal de Salvador (2018) não aborda as casas terapêuticas na cidade de Salvador que tiveram a sua legitimidade a partir da Portaria 3.588/ 2017. Segundo Trindade (2017), essas casas terapêuticas se constituem enquanto um retrocesso aos princípios da Reforma Psiquiátrica, pois este serviço é fortemente marcado por violações dos direitos humanos, fortalecimento de estigmas sociais, estabelecendo critérios de admissão, tais quais: exames sorológicos e orientação sexual e religiosa. Como também a sua infraestrutura é afastada do meio urbano, colaborando para o isolamento social, e o seu principal recurso terapêutico se dar pelo viés religioso e moralista. Neste sentido problematiza que este serviço de cunho privado e/ou filantrópico recebe financiamento via Governo Estadual direcionado a pessoas com uso decorrentes de álcool, crack e outras drogas. E o município não evidencia se no território de Salvador há a existência dessas comunidades e nem como esta se caracteriza.

O Plano Municipal de Saúde, afirma que no âmbito de análise do CAPS, no que tange aos procedimentos e frequências dos usuários, há um déficit de informações, bem como de documentação oficial com estes dados, datando o ano até 2012, os registros e dados da produção dos serviços de Saúde Mental são inconsistentes ou não existem. A partir de 2012, houve um redirecionamento, quanto à estes registros:

Também em 2012, o Ministério da Saúde alterou os procedimentos via Portaria SAS/MS 854/2012, posicionando 20 novos, reorientando a prática e o registro da produção com vistas a subsidiar a organização e o planejamento da RAPS, fomentar a discussão entre gestores, trabalhadores, usuários e familiares. Os procedimentos são registrados em formulários próprios e digitados em sistemas específicos, sendo: Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS); Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I); e Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C). Atualmente, somente os CAPS habilitados podem inserir as informações no RAAS. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p. 138).

Desta forma, os dados passaram a ser melhor sistematizados, a partir de 2013, através dos Sistemas Oficiais de Informação em Saúde, chamando a atenção para um gravíssimo déficit de registros e dados de produção destas unidades, levantando razões para esta ocorrência, como:

Impossibilidade dos profissionais de educação física, farmacêuticos e oficinheiros registrarem sua produção, mediante ausência de permissão aos seus CBO nos sistemas, o que se aguarda regularização pelo Ministério da Saúde; Atrasos na digitação e perda do prazo de lançamento, impedindo inclusive correções posteriores; Problemas específicos na alimentação/uso do próprio sistema; Fragilidade nas compreensões técnicas quanto às caracterizações dos procedimentos e suas aplicabilidades.(PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p. 138).

Sobre o Monitoramento, nota-se outro déficit, no que tange ao método de fazer a aplicabilidade deste monitoramento, tendo como indicador: a “Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A Prefeitura Municipal de Salvador (2018) qualifica como um método ineficaz e extremamente precário para apontar indicadores no que tange as reais necessidades dos usuários que acessa o CAPS na cidade.

Na saúde mental, há uma histórica dificuldade na realização de avaliação de resultados, observada em tentativas de se utilizar apenas redução de sintomas e padrões de utilização de serviços como medidas de resultado, e no uso de indicadores de processo ou estrutura como equivalentes a resultados. A adequada avaliação de resultados precisa incorporar variáveis clínicas, sociais e elementos da perspectiva do próprio usuário, incorporando, ainda, diversos pontos de vista como julgamento válido de efetividade (usuários, familiares, profissionais). É, portanto, uma tarefa complexa e abrangente, cujo aporte na literatura mostra-se ainda polêmico. (AMARAL et al., 2018, p. 807).

No âmbito da gestão e planejamento das ações de saúde, o município defende a necessidade da construção de indicadores na área de Saúde Mental, pois:

construir indicadores em saúde mental mais consistentes e condizentes à realidade da RAPS, validados por meio de monitoramento e avaliação em sistemas de informação em saúde, é o que pode balizar estratégica e assertivamente as decisões técnico-políticas para implantação de novos serviços, acompanhamento da produção assistencial e proposição de ofertas de cuidado que melhor atendam às necessidades em saúde mental da população soteropolitana.

O *Plano Municipal de Saúde de Salvador 2018-2021*, afirma que se faz necessário um sistema integrado de informações, específicos à Saúde Mental, como também os pontos de atenção que ela está atrelada. Pois a ausência de registros impacta negativamente no levantamento de dados desta população, dificultando a melhoria dos serviços, e no déficit de dados que não propiciam uma leitura total da RAPS em Salvador.

Outro ponto importante que o *Plano de Saúde Municipal de Salvador 2018-2021* problematiza é a atenção de urgência e emergência, refletindo que em Salvador existem 3 pontos de atenção em Urgência e Emergência, são eles: Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Pronto-Atendimentos (PA) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). No tocante a atenção em Saúde Mental, há uma fragilidade muito grande, na assistência de Urgência e Emergência, pois:

No que tange a atenção à crise em saúde mental, álcool e outras drogas, enxerga-se ainda grande fragilidade assistencial. Salvador conta também com 01 Pronto Atendimento Psiquiátrico (PAP), dispositivo que não está contemplado na Política Nacional, sendo criado como paliativo clínico ao atendimento da demanda do município, implantado desde 2011. O PAP recebe

demanda proveniente do SAMU, dos CAPS, espontânea e intersetorial. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p. 140).

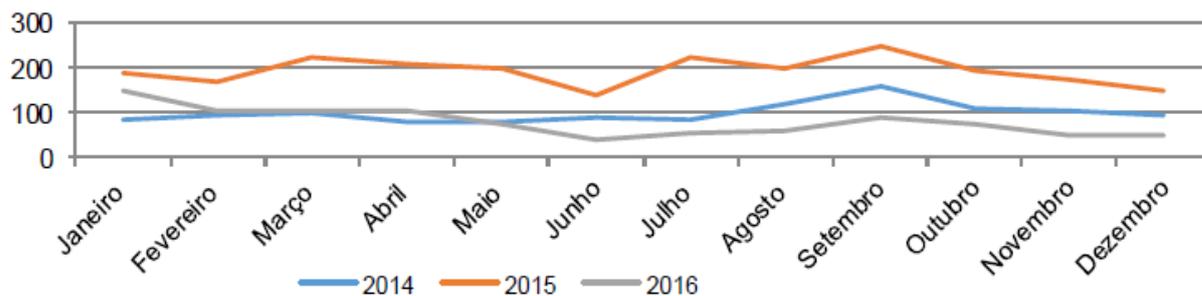
Trindade (2017) ao refletir o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), define que este ponto de atenção é delimitado por um caráter conservador, devido a sua atuação ao atendimento da Pessoa com Transtorno Mental, majoritariamente estar vinculado com a Polícia Militar, Instituição culturalmente atrelada a lógica punitivista, privadora de liberdade, no que tange a liberdade do indivíduo, contribuindo ainda mais para a estigmatização dos usuários.

A partir de 2013 os Prontos Atendimento Psiquiátricos passaram a desenvolver uma função importante como:

Em 2013, investiu-se em mudanças significativas no processo de trabalho do PAP, funcionando atualmente como articulador/matriciador de casos atendidos nos CAPS e UPA. Ao longo de 2016, foi observado: redução em 47% dos atendimentos após diminuição dos leitos, apresentando uma média de 116 atendimentos ao mês; diminuição de demandas encaminhadas pelos CAPS e, em contrapartida, aumento da demanda espontânea, observando-se o acionamento do serviço após 90 a 180 dias de existência de sinais e sintomas pela maioria. Estes dados indicam a interpretação de que as pessoas em crise não estão sendo cuidadas pelos CAPS, sugerindo falta de acesso ou de adesão, abandono e fragilização do acompanhamento dos usuários nesses serviços. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p 140-141).

A partir do gráfico abaixo, nota-se que os Prontos Atendimentos recebem uma grande demanda de usuários e ocorrências psiquiátricas, que propiciam uma análise sobre estes casos: os episódios em questão, não estão sendo admitidos em locais específicos, como o CAPS, por exemplo. A partir disto, cabe problematizar a fragilização e precarização que se encontra os serviços substitutivos em Saúde Mental, tendo como consequência o agravamento dos transtornos mentais, resultando em crises psiquiátricas. Esse fenômeno tem como uma das causas, o não acompanhamento contínuo e integral no qual fundamenta-se o papel do CAPS.

Neste sentido, percebe-se que no ano de 2016, houve uma queda considerável de pacientes atendidos no Pronto Atendimento Psiquiátrico, este fenômeno pode ser compreendido a partir da abertura e a ampliação dos CAPS na cidade de Salvador. Conforme o gráfico abaixo:

Gráfico 4 - Pacientes atendidos no PA Psiquiátrico, Salvador-BA, 2014-2016

Fonte: Prefeitura Municipal de Salvador (2018, p.141).

Sobre o outro Ponto de Atenção, denominado: Atenção Residencial de Caráter Transitório, Prefeitura Municipal de Salvador (2018, p. 141), relata que:

Para o componente Atenção Residencial de Caráter Transitório tem-se, em Salvador, a Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI) Casa da Ladeira, que foi implantada no ano de 2014 através de convênio com a Santa Casa de Misericórdia. A Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI) é destinada às crianças e aos adolescentes entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, com 10 vagas, e a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) é destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, com até 15 vagas. Têm como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo, devendo articular intersetorialmente a garantia dos direitos de moradia, educação, convivência familiar e social. Os projetos terapêuticos dos residentes são elaborados em conjunto aos CAPS ads de Salvador. A média anual de acolhimento da UAI Casa da Ladeira, no período de 2014 a 2016, foi de 7 usuários ao mês.

Quanto ao Serviço Residencial Terapêutico (SRT), o seu objetivo está pautado em ser um método de desinstitucionalização psiquiátrica, para romper com as práticas hospitalocêntricas. Assim são espaços físicos semelhantes a casas, inseridos na comunidade urbana, prestando assistência domiciliar aos indivíduos oriundos de longas internações em Hospitais Psiquiátricos, que tiveram seus vínculos sócio familiares rompidos. Desta forma, Salvador:

Totaliza 7 (sete) SRT até o momento. Em 2006 e 2007, houve a implantação de 6 (seis) SRT em 5 Distritos Sanitários (DS), sendo três femininas e três masculinas: 2 (duas) no DS Itapagipe; 2 (duas) DS Boca do Rio; 1 (uma) no DS Itapuã; e 1 (uma) no DS Centro Histórico. Em 2010, foi implantada a sétima no DS Subúrbio Ferroviário. Registra-se que 5 (cinco) das SRT foram habilitadas como tipo II em 2014. (PMUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p. 141).

Esses moradores do SRT, são egressos dos:

Hospitais Psiquiátricos Ana Nery, Bahia e Juliano Moreira, Hospital de Custódia e Tratamento, e das Organizações Sociais Irmã Dulce. Atualmente têm-se 51 moradores sendo 29 do sexo masculino e 22 do feminino. E há 24 (vinte e quatro) usuários vinculados ao Programa Volta para Casa (PVC) e outros 4 (quatro) ainda apresentam pendências documentais e burocráticas para acesso ao PVC, as quais vêm sendo discutidas com o Ministério Público Estadual e o Ministério da Saúde. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p.141).

No tocante a este ponto de atenção, a SRT cumpre um papel significativo entre os componentes da RAPS, pois atua enquanto um agente de desinstitucionalização progressiva de pacientes que desenvolveram uma dependência institucional, devido a permanência por mais de 2 anos em hospital psiquiátrico. Neste sentido, Dimenstein et al. (2017), defende que a articulação do SRT, com a APS e o CAPS, constitui-se enquanto uma forte estratégia de reabilitação psicossocial e necessita de fortalecimento estatal, visto que a sua função atua diretamente em atenuar os malefícios que o modelo psiquiátrico ocasionou.

O PMS destaca algumas possibilidades para a ampliação e concretização da RAPS, em Salvador, que mesmo fragilizada e com escassez e lotação dos serviços, a gestão municipal, prevê estratégias que viabilizem a melhora do serviço como um todo:

Para contribuir na implementação da RAPS quanto à articulação da rede assistencial, diante da realidade supracitada destacamos a implantação do Apoio Institucional em Saúde Mental nos Distritos Sanitários desde 2014, contando atualmente em 7 (sete) desses. Buscou-se, com isso, descentralizar a captura das demandas soteropolitanas, partindo de suas realidades distritais, promovendo a articulação entre os dispositivos de atenção, a pactuação territorial de ações em saúde mental, desenho de fluxos assistenciais e protocolos conjuntos de cuidado. Nessa perspectiva, desde 2015 a 2017, também foram implantados e estão em funcionamento 5 (quatro) Grupos de Trabalho Distritais da RAPS, sendo um desses somente para o campo da Infância e Adolescência. Vê-se aqui a figura do Apoio Institucional em Saúde Mental na articulação da RAPS local, colaborando entre os Distritos Sanitários e Nível Central e convergindo ações para todo o território municipal, tendo em vista a necessária construção da linha de cuidado na atenção psicossocial. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018, p. 141-142).

É fato, entretanto, que a continuidade dessas instituições carece de maior investimento nas estruturas físicas, materiais e trabalhadores na perspectiva de garantir um atendimento de qualidade e comprometido com os avanços da Reforma psiquiátrica.

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que a Rede de Atenção Psicossocial na cidade de Salvador, apresenta alguns pontos positivos para a ampliação da RAPS, contudo percebe-se que a RAPS possui muitas fragilidades no tocante aos serviços prestados, bem como demonstra uma oferta assistencial insuficiente, em decorrência do baixo número de dispositivos físicos e da alta demanda de usuários que necessitam acessar os serviços.

Esta fragilidade vivenciada na RAPS possui raízes em obstáculos desde a Atenção Primária à Saúde. Visto que além da noção de Rede perpassar por uma lógica de serviços intersetoriais conectados, com o objetivo de cooperar para uma implementação e constituição de uma Rede de Atenção à Saúde integral e eficiente, a APS em Salvador, conforme a Prefeitura Municipal de Salvador (2018), não consegue atender menos da metade da população, cerca de 45,7%. Necessitando urgentemente de ações e investimentos para ampliar esta oferta e proporcionar uma maior cobertura e ampliando o número de serviços da rede.

Compreende-se que pelo *Plano de Saúde Municipal de Salvador 2018-2021*, a RAPS parece apresentar aspectos positivos na cidade de Salvador, demonstrando caminhar progressivamente: com a ampliação de alguns CAPS distribuídos pelos Distritos Sanitários, com a criação de um projeto que visa a implantação do apoio institucional em Saúde Mental, a criação de 5 grupos de trabalho (GT), entre estes 1 exclusivamente para a infância e juventude. Destaca-se também a articulação dos NASF, com toda a RAPS e APS, fortalecendo o matriciamento. Contudo, tais perspectivas precisam ser melhor analisadas, não sendo possível compreender apenas pelo uso da análise documental.

Porém, é notório alguns entraves, principalmente no tocante aos dispositivos insuficientes para prestar uma assistência mental aos usuários do SUS na cidade de Salvador, enfatizando que com o fechamento de três hospitais psiquiátricos houve uma superlotação nos serviços substitutivos já existentes, que não foram sanados mesmo com a abertura de novos CAPS.

Nessa esteira, cumpre destacar o avanço e consolidação do ideário neoliberal que tem implicado na precarização dos serviços públicos e corte de investimentos sociais, no sentido de precarizar as políticas públicas e sociais, sustentados por uma lógica de bem-estar e da mercantilização da saúde, sobretudo através dos planos privados e a desassistência do Estado na garantia dos direitos sociais, acarretando uma série de problemas, das quais destaco: há uma carência de recursos físicos, sobretudo humanos, em variados fatores; ausência de concursos

públicos para repor e aumentar o quadro profissional; necessidade de educação permanente para os trabalhadores da RAPS.

Cumpra-se destacar a precarização das relações de trabalho dos profissionais da Saúde Mental, demonstrados no *Plano de Saúde Municipal de Salvador de 2018-2021*, que sofrem uma influência direta a partir deste contexto neoliberal.

Importante ressaltar que além do déficit de instituições físicas que operacionalizam os serviços da RAPS, ainda consta o percentual de 11% de CAPS que não estão em conformidade com a legislação, devido a precariedade na infraestrutura dos imóveis, necessitando de requalificações.

Faz-se necessário também que a gestão municipal atente-se para reconhecer a importância da produção e sistematização de informações acerca da dinâmica dos dispositivos e os registros do acompanhamento dos usuários diretamente na execução do serviço, como também que a gestão institua novas formas concretas de monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas. Pois sem existir um censo analítico da RAPS em Salvador, dificulta produzir um balanço empírico dos entraves e possibilidades desta gama de serviço, trazendo obstáculos para a melhoria do fluxo assistencial, monitoramento da Rede Psicossocial e a formulação de indicadores.

Desta forma, ainda se encontra distante para se constituir enquanto uma Rede de Atenção Psicossocial integral. Neste sentido há muitos pontos de fragilidades encontrados na RAPS em Salvador, nos quais pode-se destacar: um ponto de atenção de urgência e emergência insuficiente; a necessidade um Pronto de Atendimento Psiquiátrico (PAP), para cobrir a deficiência de oferta de serviço assistencial; escassez de enfermagem especializada em Hospital Geral; superlotação nos 2 Hospitais Psiquiátricos que ainda resistem no âmbito do Estado e atende toda a Bahia; a necessidade da ampliação dos Serviços de Residência Terapêutica, visto que recentemente foram fechados 3 hospitais psiquiátricos; ampliação dos CAPS em diferentes modalidades. Neste sentido há um retrocesso no fortalecimento e manutenção da Política de Saúde Mental, visto que ocorre o fechamento dos hospitais especializados, contraditoriamente não há uma ampliação nos pontos de atenção substitutivo, trazendo uma consequência grave de desassistência aos usuários em Salvador e indo totalmente de encontro aos princípios da RP e RAPS.

Na metrópole mencionada só há 7 SRT; necessita-se de uma ampliação dos consultórios de ruas, que exercem um trabalho mais direto e aberto com a população em situação de rua, onde Salvador só há 3 (consultórios de rua); também é notório uma deficiência nas ações de matriciamento na Rede de Atenção à Saúde.

Por fim há a necessidade de ampliar as ações da RAPS, desde a APS. Compreendendo que é necessário se efetivar a concepção da lógica da clínica ampliada, principalmente no que tange à articular ações entre os níveis de atenção primário, secundário e terciário, conforme o que preconiza os princípios do SUS, para o estabelecimento de uma RAPS integral, efetiva e eficiente, que possa proporcionar dignidade, autonomia e qualidade, através dos serviços prestado, desarticulando uma Rede fragmentada.

O estudo sobre a RAPS de Salvador, carece de atenção e aprofundamento, que se dificulta pela ausência de estudos sobre a realidade da Rede de Atenção Psicossocial em Salvador, que se agrava pela escassez de indicadores, registros e monitoramento da Rede na cidade supracitada. Desta forma a Prefeitura de Municipal de Salvador (2018), não aborda a Rede Psicossocial de forma ampla e precisa, pois não descreve a RAPS em sua totalidade, entre estes, há uma desatenção sobre as comunidades terapêuticas, que teve sua legitimação na Portaria 3.588/2017, não cita sobre as ações de estratégias de reabilitação psicossocial (cooperativas), como também não demonstra a matriz diagnóstica da RAPS devidamente preenchida, obstaculizando uma análise mais próxima à realidade.

Por fim e em defesa da normativa federal (Lei Nº 10.216) que institui o fechamento progressivo de hospitais e leitos psiquiátricos, faz se necessário buscar uma ruptura mais incisiva com o modelo psiquiátrico, lutar por uma superação do padrão de tratamento hospitalocêntrico e centrado no saber médico, no intento de consolidar uma nova configuração de atenção voltada à saúde mental sob a lógica multidisciplinar, com o emprego de distintos saberes, bem como o incentivo à autonomia e cidadania do usuário, fortalecendo seus vínculos comunitários e rompendo as barreiras sociais da estigmatização e segregação que padecem estes indivíduos dos primórdios ao cenário contemporâneo, através de uma Rede de Atenção Psicossocial efetivamente consolidada.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Carlos Eduardo Menezes et al. Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. **Interface**, Botucatu, SP, v. 22, n. 66, p. 801-12, 2018.

ANTONELLI, Diego. Como eram tratados os “loucos” do século 19? **Gazeta do Povo**, mar. 2016. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/historia/como-eram-tratados-os-loucos-do-seculo-19-848jjw1yhza7bmzoabo882ucj>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

ANTONI, Clarisse de; LEAL, Bruna Molina. Os centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia** 40, p. 87-101, jan./abr. 2013.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro: Vida, Genocídio e 60 mil mortes no maior hospício no Brasil**. São Paulo: Geração editorial, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA – ABRASCO. **Nota Abrasco contra os retrocessos da CGMAD/MS frente à política brasileira de Saúde Mental**. dez. 2017. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/retrocessos-saude-mental-governo-temer/32436/>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA – ABRASCO. **Retrocesso na Saúde Mental: CIT aprova novas diretrizes da CGMAD/MS**. dez. 2017. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/retrocesso-na-saude-mental-cit-aprova-novas-diretrizes-da-cgm-ad-ms/32530/>> Acesso em: 16 jul. 2018.

BARRAL, Gislene. **Olhando sobre o muro: loucura e literatura**. Brasília, DF: edições Carolina, 2017.

BARRETO, Adriana. MP-BA aciona Prefeitura de Salvador para que crie Rede de Atenção Psicossocial municipal. **BN Justiça**, nov. 2018. Disponível em: <<https://www.bahianoticias.com.br/justica/noticia/50247-mp-ba-aciona-prefeitura-de-salvador-para-que-crie-rede-de-atencao-psicossocial-municipal.html>>_Acesso em: 15 maio 2018.

BARROS, Ana Carolina Florence de; BERNARDO, Marcia Hespagnol. A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 16, n. 1, 2017.

BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida; CORREIA, Valmir Rycheta. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 6, p. 1501-6, 2011.

BRASIL. Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, set. 1990.

BRASIL. Lei nº 10.216. De 06 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**, Poder Executivo, Brasília, DF, abr. 2001.

BRASIL. LEI Nº 6.229, DE 17 DE JULHO DE 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção1, jul. 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Redes de Atenção à Saúde**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php>. Acesso em: 22 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017**. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>> Acesso em: 24 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (sus). 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf> Acesso em: 22 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>> Acesso em: 16 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental: o que é, doenças, tratamento e direitos**. c2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/centro-de-atencao-psicossocial-caps>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: DAPES, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília, DF, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretoria do Departamento de Atenção Especializada SAS/MS. **DESAFIOS PARA IMPLANTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**. Marília, SP, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Portaria nº 3.088. De 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, dez. 2011.

BRASIL. PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 2017a.

BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 32, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, dez. 2017b.

BRAVO, Maria Ines Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argum**, Vitória, ES, v. 10, n. 1, p. 9-3, jan./abr. 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/viewFile/19139/13218>>. Acesso em : 6 set. 2018.

BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. **Atuação do Serviço Social na Saúde Mental**: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. Porto Alegre: Textos & Contextos, 2010.

CÂMARA MUNICIPAL DE SALVADOR. **Por uma sociedade sem manicômios: sessão debate políticas de saúde mental**. 2018. Disponível em:<http://www.cms.ba.gov.br/noticia_int.aspx?id=15322> Acesso em: 24 jun. 2018.

CAMPOS, Rosana Onocko; FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 32. n. 78/79/80, p. 143-149. jan./dez. 2008.

CARNEY, Carolina. **Doenças Mentais na Sociedade**. c2018. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-cuidados-com-a-sa%C3%BAde-mental/doen%C3%A7as-mentais-na-sociedade>>. Acesso em: 21 jun. 2018.

CAVALCANTI, Maria Tavares; NOVELLINO, Maria Salet Ferreira; MESQUITA, José Ferreira de. **A reforma psiquiátrica no brasil**: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. Minas Gerais: ABEP, 2010.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. 4. ed. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

COSTA-ROSA, Abílio; YASUI, Silvio. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, jan./dez. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE FONAUDIOLOGIA.

PORTARIA IMPÕE RETROCESSOS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL. 2018. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/2018/04/portaria-impoe-retrocessos-na-politica-de-saude-mental/>>. Acesso em: 5 jul. 2018.

DIMENSTEIN, Magda et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, v. 3, n. 5, p. 23-41, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em :7 nov. 2018.

FERREIRA, Gina. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Uma análise sócio política. **Psicanálise & Barroso- Revista de Psicanálise**, v. 4, n. 1, p. 77-85, jun. 2006.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FRANCO, Túlio Batista; JORGE, Maria Salete Bessa; QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). **Hospício de Pedro II**. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/hospedro.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

GAZIGNATO, Elaine Cristina da Silva; SILVA, Carlos Roberto de Castro e. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 296-304, abr./jun. 2014.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HEIDRICH, Andrea Valente. **Reforma psiquiátrica à Brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. Porto Alegre: PUCRS, 2007.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IBGE. **Panorama da cidade de Salvador**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>>. Acesso em: 10 maio 2018.

KLAFKE, Teresinha Eduardes; SANTIN, Gisele. A família e o cuidado em Saúde Mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan./jul. 2011.

LYRIO, Alexandre. A população de rua cresceu 30% depois da reforma manicomial. **Correio**, nov. 2008. Disponível em: <<https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/a-populacao-de-rua-cresceu-30-depois-da-reforma-manicomial/>>. Acesso em: 11 maio 2018.

MACEDO, João Paulo et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saude soc.**, v. 26, n. 1, p. 155-170, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100155&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 nov. 2018.

MAGALHÃES, Anne Gislâyne Amorim. **PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO: reflexos e impactos na política de saúde brasileira**. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 7., 2015, São Luís, MA. **Anais...** São Luís, MA, 2015. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo2/precarizacao-do-trabalho-reflexos-e-impactos-na-politica-de-saude-brasileira.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2018.

MAGALHÃES, Vinicius Pinheiro de. **Política de Saúde Mental no Brasil: tempos “sombrios”**. In: SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS, 6., 2016. Cachoeira, BA. **Anais...** Cachoeira, BA, 2016.

MENDES, Eugênio Villaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

NETO, Valfrido Moraes et al. **A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil**. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 188-196, jan. 2008.

PORTO, Silvia Maria; SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia. **O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde**. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR. Secretária de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Salvador, 2014. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms_2014_2017_versao_preliminar.pdf> Acesso em: 13 maio 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021**. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR. Secretária Municipal da Saúde. **Distritos Sanitários**. 2016. Disponível em: <<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/distritos-sanitarios/>>. Acesso em: 10 maio 2018.

RAMOS, Déborah Karollyne Ribeiro; GUIMARÃES, Jacileide; MESQUITA, Simone Karine da Costa. **Dificuldades da rede de saúde mental e as reinternações psiquiátricas: problematizando possíveis relações**. **Cogitare Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 553- 60, jul./set. 2014.

ROCHA, Gilberto Silva. **Introdução ao nascimento da psicanálise no Brasil**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989.

ROCHA, Raíze. **PORTARIA IMPÕE RETROCESSOS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL**. abr. 2018. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/2018/04/portaria-impoe-retrocessos-na-politica-de-saude-mental/>>. Disponível em: 24 jun. 2018.

ROCHA, Rita Martins Godoy; SARLENO, Camila Bugni. **Pesquisa documental sobre o Hospital Psiquiátrico Espírita Cairbar Schutel**. **Memoramdun**, v. 34, jun. 2018. Disponível em: <<https://seer.ufmg.br/index.php/memorandum/article/viewFile/11470/8596>> Acesso em: 6 set. 2018.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos; GUIMARÃES, Lucas Dannilo Aragão; BRANCO, Edna de Melo Castelo. (Org.). **Saúde Mental e assistência social: tecendo a rede de experiências no Piauí**. Teresina: EDUFPI, 2008.

SAMPAIO, Cristiano. Contra retrocessos na política antimanicomial, CNS pede que governo revogue portaria. **Brasil de Fato**, Brasília, DF, fev. 2018. Disponível em: <<http://justificando.cartacapital.com.br/2018/02/16/contra-retrocessos-na-politica-antimanicomial-cns-pede-que-governo-revogue-portaria/>>. Acesso em: 24 de junho de 2018.

SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas dos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1177-1182, 2009.

SANTOS, Jarissa; TORRENTÉ, Maurice de. ANTROPÓLOGA NA SAÚDE MENTAL?: Relato de experiência em uma equipe multiprofissional de saúde. **Áltera – Revista de Antropologia**, João Pessoa, v. 1, n. 4, p. 89-120, jan./jun. 2017

SANTOS, M. R. P.; NUNES, M. O. Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência dos usuários de um Centro de Apoio Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, 2011.

SCHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 118, p. 366-393, abr./jun. 2014.

SCHNEIDER, Alessandra Ritzel dos Santos. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 78-84, jul./dez. 2009.

SERRANO, Alan Índio. **O que é psiquiatria alternativa**. São Paulo: EPU, 2009.

SILVA, Elizângela Cardoso de Araújo. **A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL**. 2010. Disponível em: <<http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais/Arquivos%20GTS%20-%20recebidos%20em%20PDF/A%20PRECARIZA%C3%87%C3%83O%20DO%20TRABALHO%20EM%20SA%C3%9ADE%20MENTAL.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2018.

SILVA, Rosane Azevedo Neves da. A noção de Rede nas Reformas Sanitária e Psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 131-150, jun. 2008.

SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da; SILVA, Neuzianne de Oliveira; SOUZA, Diego de Oliveira. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 22, n. 1, p. 44-56, 2013.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes et al. **Saúde Mental e Sociedade: reflexões a partir do Serviço Social**. Maceió: EDUFAL: Imprensa Oficial Graciliano Ramos, 2017.

VASCONCELOS, Carmen. Bahia tem alto índice de pessoas com depressão, aponta IBGE. **Correio**, Salvador, dez. 2014. Disponível em:

<<https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/bahia-tem-alto-indice-de-pessoas-com-depressao-aponta-ibge/>> . Acesso em: 13 maio 2018.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Notas preliminares sobre Serviço Social, Subjetividade e saúde mental no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Mimeo, 1999.

VERAS, Marcelo Frederico Augusto dos Santos. **A loucura entre nós: teoria Lacaniana das Psicoses e a Saúde Mental**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

VIEIRA, Ana Rosa Bulcão. **Organização e saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro: EAESP/FGV, 1981.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. A noção de Rede nas Reformas Sanitária e Psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 131-150, jun. 2008.