

LIMITES E DESAFIOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL¹

*Limits and challenges of psychosocial health care network from the
professionals' perspective*

Girlane Mayara Peres²
Maria Aparecida Crepaldi³
Cibele Cunha Lima da Motta⁴
Tania Maris Grigolo⁵

Artigo encaminhado: 04/02/2015
Aceito para publicação: 04/10/2018

RESUMO: A rede de atenção psicossocial (raps) foi instituída pela portaria 3.088 de dezembro de 2011, republicada em maio de 2013. Ela cria, amplia e articula pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento psíquico e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no sistema do sistema único de saúde. A partir desse contexto, este artigo tem como objetivo conhecer os limites e desafios da implantação da raps em uma cidade no estado de Santa Catarina na perspectiva dos profissionais. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratória. Utilizou-se entrevista semi-estruturada de dois profissionais de saúde e análise documental oriundo do seminário "práticas inovadoras em atenção psicossocial", que ocorreu nos dias 13 e 14 de novembro de 2013 na universidade federal de Santa Catarina. Os dados foram categorizados e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo. A implantação da raps veio consolidar e potencializar a rede de saúde e a intersetorialidade, contribuindo dessa forma para o contínuo processo de construção da reforma psiquiátrica no Brasil. Percebe-se que a raps é construída pelo modelo psicossocial, uma vez que é um passo importante para o caminho da reforma psiquiátrica e ela reforça a responsabilização entre os serviços, a clínica ampliada e a integralidade. No entanto, faz parte dela serviços que estão

¹ Artigo construído na disciplina optativa Psicologia da Saúde durante o Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina.

² Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Especialista em terapia relacional sistêmica. mayperes@gmail.com

³ Pós-Doutora pela Universidade do Québec em Montreal - UQÀM. Pós-Doutora pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Doutora em Saúde Mental pela UNICAMP; Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia-UFSC. maria.crepaldi@gmail.com

⁴ Doutora em Psicologia pela UFSC. mottacibele@gmail.com

⁵ Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB), Docente do Curso de Psicologia da Faculdade CESUSC e do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da UFSC. taniamrigolo@gmail.com

capacitados pela lógica biomédica como o samu, as comunidades terapêuticas e a despotencialização de alguns serviços como os caps.

Palavras-chave: Saúde Mental. Ação intersectorial. Redes de assistência à saúde.

ABSTRACT: The Rede de Atenção Psicossocial - RAPS (psychosocial attention network) was created by the Ministry of Health's decree 3.008 of December of 2011, republished in May 2013. It creates, amplifies and articulates health centers to attend people psychologically affected and/or with needs of crack using, alcohol and other drugs at Sistema Único de Saúde - SUS (Unique Health System). This article aims at establishing limits and challenges of implementing RAPS in a city of the Santa Catarina State through the professional's perspective. This is a qualitative study of exploratory type. A semi -structured interview of two health professionals and document analysis coming from the Seminar "Innovative Practices in Psychosocial Care", which occurred on 13th and 14th of november of 2013 at Federal University of Santa Catarina. The data was categorized and analyzed through the content analysis technique. Results show that the implementation of RAPS consolidates and potentializes the health sector and its intersectoral collaboration, contributing this way to the continuous process of building the psychiatric reform in Brazil. It is noted that RAPS is built based on the psychosocial model, being that an important step to the psychiatric reform and reinforcing the co-responsibility amongst services, practice and integrality. However, it is also part of it services which are grounded in biomedical principles such as SAMU, therapeutic communities and the disempowerment of certain services as CAPS.

Keywords: Mental Health. Intersectorial actions. Health care network.

1 INTRODUÇÃO

A partir da Segunda Guerra Mundial a sociedade voltou seu olhar para os hospitais psiquiátricos e apontou que essas instituições eram semelhantes aos campos de concentração, tendo como característica absoluta ausência de dignidade humana. Desse modo, diversos modelos de Reforma Psiquiátrica foram se constituindo desde a Europa, passando pelos Estados Unidos até chegar ao Brasil. A Reforma Psiquiátrica significa um processo e um novo olhar às pessoas com transtornos mentais a partir de quatro dimensões que ocorrem simultaneamente e inter-relacionadas, são elas: teórico conceitual, técnico assistencial, jurídico-político e sociocultural (AMARANTE, 2003).

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2005) a Reforma Psiquiátrica se constitui como um processo político-social que, composto por atores, instituições e diferentes interesses e disputas, confere sua complexidade. É um conjunto de transformações de saberes e fazeres cuja cidadania e autonomia são metas a serem alcançadas com os usuários e familiares no campo da saúde mental. Destarte, a Política Nacional de Saúde Mental é norteadada pela Reforma Psiquiátrica e orientada pelo Paradigma de Atenção Psicossocial, cujo modelo de atenção em saúde mental no Brasil é sustentado por este paradigma.

Costa-Rosa (2000) sintetiza este conjunto de conhecimento a partir da contradição entre modelo psiquiátrico e modelo psicossocial. O psiquiátrico possui como objeto a doença mental, tendo como estratégias de intervenção predominantes o isolamento e a medicação, o agente do cuidado é o médico e o lugar do cuidado o hospital. O psicossocial possui como objeto a existência e sofrimento da pessoa, sendo considerado um campo transdisciplinar com diversidades de intervenção, em que há múltiplos profissionais e atores no cuidado. Dessa forma, o lugar do cuidado são diversos serviços ou pontos de atenção que se estreitam para dialogar (YASUI, 2010). Assim, percebe-se que esses modelos são contraditórios e excludentes, e a essência das suas práticas caminham em sentidos opostos quanto a seus parâmetros de base (COSTA-ROSA, 2000)

Várias medidas foram providenciadas a partir da lei 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001) como a diminuição gradativa dos leitos psiquiátricos nos manicômios, capacitação e co-responsabilização dos profissionais da Atenção Básica, incentivo a Residências Terapêuticas. No entanto, mais recentemente, novas legislações governamentais propiciam o retorno à lógica manicomial, mesmo com a criação dos modelos substitutivos ao modelo asilar, e alguns serviços continuam funcionando nesta lógica, pois realizam suas atividades exclusivamente dentro dos serviços, podendo “ocupar o lugar de depositário” de pessoas no lugar do hospital psiquiátrico (COSTA-ROSA, 2000, p.144). Percebe-se que a criação de serviços substitutivos é essencial, assim como a concepção que os profissionais possuem sobre a saúde mental, uma vez que é a partir do modelo de referência que esses profissionais possuem que se procederá o atendimento as pessoas que buscam os serviços substitutivos.

Sabemos que alguns serviços foram criados ou complementados para responder às questões da saúde mental como os CAPS (BRASIL, 2002), criação de leitos em hospital geral (BRASIL, 1992), residências terapêuticas (BRASIL, 2000), centros de convivência, entre outros. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) em 2014 o Brasil contava com 2.209 CAPS, 111 consultórios de rua, 899 serviços residenciais terapêuticos com 2.031 moradores, 1.008 iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários ou cooperativas, 4.349 beneficiários do Programa de volta para casa, 34 unidades de acolhimento, 888 leitos em hospitais gerais e 25.988 leitos SUS em hospitais psiquiátricos.

No entanto, tais serviços, por vezes, atuam isoladamente e não como uma rede. Dessa forma, em dezembro de 2011 o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes o uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012), de modo que foi atualizada em maio de 2013. Outra portaria que também fundamenta a construção da rede de atenção é a 3.588 de dezembro de 2017, que dispõe sobre a Rede de atenção psicossocial e dá outras providências (BRASIL, 2017).

A RAPS é um conjunto de ações e serviços articulados com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, bem como a articulação dos pontos de atenção à saúde. A partir dela a idéia de níveis de complexidade é superada e pensa-se em pontos de atenção. Já que todos os pontos desde a Atenção Básica à Saúde ao hospital são complexos e possui suas tecnologias e especificidades. A RAPS é composta 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 (BRASIL, 2011).

A implantação da RAPS tem sido um desafio para a gestão e trabalhadores em Saúde Mental. Dessa forma, essa pesquisa possui como objetivo geral conhecer os limites e desafios da implantação da RAPS em uma cidade do estado de Santa Catarina na visão dos profissionais.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa caracteriza-se como abordagem qualitativa, pois compreende e envolve fenômenos humanos, suas especificidades e a complexidade de suas relações, os quais requerem aprofundamento de dados. A pesquisa qualitativa estuda o conhecimento e as práticas dos participantes, o que vem ao encontro deste estudo (MINAYO, 1999; FLICK, 2004). A fim de responder ao objetivo geral este artigo foi delineado com caráter exploratório, já que possibilita aproximar-se do fenômeno estudado e conhecer como as pessoas o vivenciam (LEOPARDI, 2001).

O município onde foi realizada a pesquisa pertence ao estado de Santa Catarina, está dividido em cinco distritos, possui dois CAPS Álcool e drogas, um CAPS II transtornos mentais, um CAPS infantil, quarenta Unidades Básicas de Saúde, duas Unidades de Pronto Atendimento, uma central regional de regulação de urgência do SAMU. Em sua localização geográfica há quatro hospitais estaduais e um federal. Os participantes dessa pesquisa foram dois profissionais de saúde que trabalham em pontos de atenção da RAPS e que estão há mais de quinze anos fazendo parte dos serviços da saúde neste município. Esses profissionais foram escolhidos para a pesquisa, pois são militantes da luta antimanicomial e acompanharam o processo de implantação dos serviços substitutivos no município.

Para a coleta de dados utilizou-se entrevista semi-estruturada. Foi realizado contato com os participantes e foi apresentado e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional em Saúde (CNS). Os participantes concordaram em participar da entrevista e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando uma cópia do termo com o entrevistado e outro com a pesquisadora.

A pesquisa também é classificada como documental (GIL, 2002), já que foi utilizado material que não recebeu nenhum tratamento, qual seja, material advindo da mesa redonda do Seminário "Práticas Inovadoras em Atenção

Psicossocial", que ocorreu nos dias 13 e 14 de novembro na Universidade Federal de Santa Catarina. Tal mesa redonda foi apresentada por um profissional da saúde mental pertencente a mesma cidade dos outros dois entrevistados, que faz parte da RAPS, sua fala foi gravada e transcrita a fim de apresentar exemplos cotidianos da RAPS no município.

Para fins de organização e sigilo, as pessoas entrevistadas serão chamadas de A1 e A2 e o documento de D1. A organização dos dados, tanto das entrevistas quanto da mesa redonda, ocorreu a partir das transcrições e escutas do material, e assim possibilitou a identificação de dados importantes. A partir disso, os dados foram organizados em categorias centrais e subcategorias e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo (GOMES, 1994).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados sistematizados obtivemos quatro categorias quais sejam: Conceito de Rede; Dificuldades e desafios da implantação da RAPS; Construção e efetivação da RAPS; Análise de dois casos apresentados.

3.1 Conceito de Rede

A rede é um entrelaçamento de ações e processos que possuem sentido e ordem entre serviços e organizações. Ela é desenvolvida a partir de uma organicidade e governança para que possa alcançar o seu fim, nela todos são e devem reconhecer sua dependência e interdependência. Portanto, devem construir juntos as regras, as formas, o sistema e a própria rede, sendo uma característica da rede o compartilhamento do poder decisório e com espaços descentralizados de poder. Na rede ocorre a colaboração, todos trabalham ao mesmo tempo para o mesmo fim (SANTOS, 2011).

Próximo a esse conceito D1 coloca:

(...) as redes são imanentes ao trabalho da saúde, não há como trabalhar na saúde e não trabalhar em rede. E as redes vão se constituir de diversas maneiras. É rede o que eu faço quando eu estou, por exemplo, no acolhimento do CAPS, chega uma pessoa com determinada situação e eu acho que tem alguma questão que eu acho importante esclarecer ou

aprofundar e eu acho outro colega para ver aquela situação comigo para poder atender a pessoa junto comigo. Isso é uma construção de rede. É rede quando esse caso é levado para a discussão de equipe para se discutir quais são as propostas de projeto terapêutico que eu vou oferecer para essa pessoa, para essa família, que ouve dela como a gente pode compor o projeto terapêutico. É rede eu ter que entrar em contato, por exemplo, com o SAMU e ter que pedir o apoio do SAMU para a atenção em uma situação específica de crise onde o pré-hospitalar móvel é fundamental. Então, nós trabalhamos em rede o tempo inteiro. D1

Dessa forma, a partir da fala de D1 é possível perceber que há duas formas de rede, a primeira é àquela que se faz com os próprios profissionais com quem se trabalha. Nesta rede multiprofissional troca-se saberes, pensa-se nos casos, discute o serviço e as demandas que ali chegam. A outra proposta de rede apresentada é a intersetorial, em que se faz necessário um serviço relacionar-se com outro a fim de pensar sobre uma determinada demanda. Assim, para responder às demandas de saúde do usuário o setor saúde é insuficiente a partir do momento que o próprio conceito de saúde é ampliado, determinado pelas dimensões estruturais, sociais, financeiras, de lazer, entre outros.

Logo, se a saúde nessa lógica é intersetorial, a rede para ser potente deve operar também no contexto da intersetorialidade. Para Brasil (2013a) intersetorialidade é a integração entre os serviços que possui como finalidade a articulação de políticas e programas de interesse para a saúde. O SUS entende que se os determinantes do processo saúde/doença estão diretamente relacionados à maneira como as condições de vida são produzidas, sejam elas a habitação, o trabalho, a escola, a alimentação e o acesso aos direitos já garantidos, logo se faz necessário realizar o planejamento e a gestão com a integração de diversos setores.

A partir do conceito de intersetorialidade A2 sugere que para garantir a rede e possibilitar que ela seja efetiva é necessário se aproximar dos serviços e ter algum profissional de referência:

a rede para mim são relações que eu vou estabelecendo. Tem o serviço, mas é a maneira com que eu vou estabelecendo essas relações. Então, aonde eu tenho mais contato, eu consigo ter uma pessoa de referência dentro daquele espaço,

com certeza a rede flui mais. E aonde há o espaço que, por exemplo, eu não tenho muito contato, eu não tenho muita presença, eu não tenho muito essa troca [com outro colega da rede], eu não sei o que acontece, não vi a cara dessa pessoa, não sei quem é essa pessoa, isso já é mais demorado. (...) Agora eu acho que rede para mim são as relações que eu estabeleço com determinados serviços em determinado momento. A2

Estabelecer rede envolve uma dialética. Por um lado, a potência de integração entre serviços envolve profissionais de referência que se tornem mediadores do processo de manter e fortalecer a intersetorialidade. Por outro lado, a relação que dependa de acordos institucionais não garante o vínculo potente e resolutivo da instituição, uma vez que os profissionais precisam ser corresponsáveis, integrados e conscientes da importância das relações intersetoriais. Destaca-se que as relações entre os serviços não devem ser personalizadas, ou seja, as relações intersetoriais devem ser entre as instituições, pois mesmo que o profissional seja transferido ou se ausente, o vínculo entre os serviços continuará e as construções estabelecidas não se dissiparão.

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2007) o trabalho em saúde pode ser comparado a uma rede cuja eficácia depende dos elos que são estabelecidos e que ocorrem entre diversos atores e serviços como entre os próprios profissionais, profissionais e usuários, entre os serviços, os serviços e a gestão, a gestão e os conselhos, entre outros.

3.2 Dificuldades e desafios para implantação da RAPS:

As dificuldades e desafios para a implantação da RAPS de acordo com os entrevistados e documento investigado foram: a articulação “depende quase exclusivamente da boa vontade dos profissionais” A1. Reflete-se que mesmo institucionalizada e recente, a portaria GM/3088 de dezembro de 2011 necessita para sua efetivação a mobilização e a implicação de diversos poderes de governo nessa construção, ou seja, da gestão pública municipal, estadual e federal; dos profissionais, dos próprios usuários; da sociedade civil organizada; dos movimentos sociais; e do controle social. Portanto, a

expedição de uma portaria não garante a mudança política que se queira para o momento. É necessário que todos os atores se mobilizem e participem desde o planejamento a estratégias de avaliação dessa Rede. Sabe-se que as transformações se iniciam pelas concepções que se tem dos fenômenos, logo é necessário observar os interesses e paradigmas de tais atores que se envolvem no processo.

Com relação a isso A2 diz:

Eu acho que ela [a portaria] serve para organizar mesmo, pra instituir algumas normas, algumas direções, algumas liberações, ela serve para isso. Mas, assim, tem que ir além disso. As pessoas têm que entender a lógica dessa portaria para o quê que ela serve, como ela serve. Porque não é a portaria que vai fazer funcionar, é a portaria e as pessoas que vão fazer funcionar. A2

O modelo de saúde mental que as pessoas concebem sobre a RAPS pode ser determinante para sua implantação e solidificação. Se o modelo paradigmático que cada profissional aplica em sua prática for manicomial / biomédico, a implantação da portaria pode enfrentar entraves, uma vez que tal modelo está centrado na medicação, enquanto que o modelo atual brasileiro é o psicossocial. O modelo biomédico está culturalmente disseminado entre as sociedades cuja resolutividade se dá pela medicalização, ou seja, médico e medicamentos para o processo saúde-doença (TESSER, 2010).

O desafio para a implantação da RAPS e, conseqüentemente do modelo psicossocial está em como os profissionais dos serviços da rede compreendem e refletem criticamente o contexto no qual as mudanças sociais e políticas estão acontecendo.

Outra dificuldade apresentada diz respeito a relação entre os serviços da Rede de Urgência e Emergência (RUE) e a RAPS. Quando a RAPS inclui alguns serviços como o SAMU e a Unidade de Pronto Atendimento em seu desenho de rede para as situações de urgência e emergência, por vezes, a RAPS força a adaptação desses serviços ao atendimento de demandas antes não atendidas. Põe em xeque a necessária educação e/ou formação dos profissionais de saúde em geral, que atendem nos demais serviços, que se julgam despreparados para os atendimentos de saúde mental, uma vez que

tais serviços foram criados e se constituíram a partir de uma outra lógica, a biomédica. Dessa forma, parece que incluir esses serviços na RAPS propõe uma ruptura de saberes que pode provocar nos profissionais sentimentos de incapacitação e confusão que, por outro lado, promove um terreno fértil para germinar a mudança paradigmática. Conforme nos diz D1:

A gente precisa entender as lógicas que permeiam os serviços, o SAMU é um sistema que foi montado para um tipo de atenção. Atenção em via pública, politraumatizada, acidentes cardiovasculares, enfim. Então, é um desafio enorme para o SAMU poder se aproximar de uma outra forma da atenção à urgência. Às vezes, é muito fácil a gente fazer a crítica: “o SAMU não quer me atender” ou “é difícil pro SAMU vir”. Mas, nós também, enquanto profissionais de saúde, nós temos dificuldades de dar apoio para o SAMU nessas questões. D1

(...) e a gente tem muita dificuldade de conseguir fazer isso, de conseguir integrar essas informações. Como é que a gente aproxima esse paradigma biomédico do paradigma da atenção psicossocial conseguindo fazer a costura necessária entre esses pontos e sem desvalorizar os conhecimentos importantes de cada uma dessas áreas? (...) Hoje a discussão entre a relação da rede dos pontos de urgência e emergência na rede de atenção psicossocial, uma das dificuldades maiores é que nós precisamos construir um novo discurso. Nós precisamos ter uma nova língua. D1

Portanto, fica evidente na fala dos entrevistados e documento a necessidade de capacitação dos profissionais de todos os pontos de atenção em saúde, já que para implantar a Rede e fazer com que ela se efetive é imprescindível capacitar os profissionais e criar mecanismos que dê suporte para que eles possam lidar com as diferentes situações de saúde mental, bem como se articular com os serviços que compõem ou não a RAPS.

Sobre isso D1 fala:

Quando, na realidade, o que a gente vê na prática também é uma grande dificuldade dos trabalhadores e das pessoas que estão nesses espaços, de poderem dar esse tipo de atenção que elas não estão preparadas, se sentem incapazes, ou se sentem insuficientes. Não é uma, nem duas vezes que é acionado o pessoal do SAMU, que as pessoas, o socorrista, mesmo o médico regulador, diz assim: “Doutor, eu não sei o quê perguntar”. E aí vamos entender a lógica de um serviço de

urgência e emergência baseado em protocolos onde o tempo é um fator fundamental nessa assistência. É muito difícil, as vezes, para o SAMU entender que para atenção daquela situação específica o fator mais importante é o tempo. Tempo é importantíssimo quando a gente pensa na urgência em termos de crise. Muitas vezes, o que precisamos ofertar é o tempo para entender o que está acontecendo, qual é o cenário que isso está acontecendo, porque que essa pessoa está nesse momento de, enfim, agitação e que demanda é essa. Essa demanda é dessa pessoa? Ou essa é uma demanda da família dessa pessoa? D1

Os paradigmas (manicomial e psicossocial) e os diferentes saberes-fazeres que os envolvem foram construídos em diferentes momentos históricos, o que dificultou o diálogo interparadigmático. Na história da saúde mental no Brasil primeiramente desenvolveu-se o modelo manicomial e mais recentemente o psicossocial. Esse contexto de criação de modelos influencia uma constante dificuldade na articulação entre eles, uma vez que é necessária a construção e desconstrução constante de saberes e práticas realizados pelos profissionais nos serviços de saúde e saúde mental, o que influencia diretamente no trabalho multiprofissional.

Além de dois modelos conviverem e serem forçados a trabalhar conjuntamente, uma outra dificuldade na implantação da RAPS é o diálogo entre os profissionais de acordo com seu núcleo de conhecimento, conforme D1:

Nós não temos a prática de trabalhar em conjunto, nós temos de algum tempo para cá a experiência de trabalharmos no mesmo espaço físico, talvez ainda tendo alguns pontos de interação no nosso trabalho na saúde. Mas, o trabalho realmente em conjunto, ele ainda é um desafio que nos provoca o tempo todo. D1

A Clínica ampliada cujo cerne é a integralidade, é uma ferramenta com o objetivo de produzir saúde e aumentar a autonomia da pessoa, família e comunidade na resolução de seus problemas. Para isso, utiliza a equipe multiprofissional e a intersetorialidade a fim de pensar e atender a demanda. Ela visa a mudança nos modelos de atenção à saúde, do biomédico para o psicossocial, reconhecendo, dessa maneira, a integralidade (BRASIL, 2009).

Destarte, para atender as necessidades de saúde dos usuários pode ser necessária, além da equipe multidisciplinar, a intersetorialidade. No entanto, a ampliação do objeto do trabalho pode trazer incertezas aos profissionais, já que estão acostumados a trabalhar restritamente com o seu objeto de saber, o que pode trazer-lhes insegurança. Mas, tal processo deve ser compreendido como pertencente ao processo de mudança de modelo e de qualificação do trabalho (UFSC, 2012).

Este processo de mudança e a dificuldade de se relacionar entre os serviços e profissionais pode gerar outra dificuldade, qual seja, a corresponsabilização pelos atendimentos. Sobre isso, D1 diz:

O cara é encaminhado sozinho para atendimento no CAPS porque manifestou ideação suicida. Não que ele não tenha que ser encaminhado, mas nada antes foi possível de ser pactuado perto da casa dele, com as pessoas que o acompanham? Nesse momento, quando passa pela cabeça dessa pessoa que eu acompanho, eu profissional da saúde que acompanho ele há dois anos, quando passa pela idéia dele morrer, se matar, isso passa a não ser mais de minha responsabilidade. “eu não tenho mais responsabilidade, porque tem um espaço que vai atendê-lo melhor”. D1

Eu acho muito difícil, se nós estamos discutindo o processo de atenção integral às pessoas, que a gente não possa reconhecer quando alguém está hipermedicado, está impregnado e não consegue se movimentar, independente se eu sou psiquiatra, enfermeiro, assistente social ou técnico de enfermagem, psicólogo, enfim. D1

Para garantir a corresponsabilização, consolidar redes e vínculos o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) implantou como política transversal a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. Nela são discutidas ferramentas como Clínica Ampliada, Equipes Interdisciplinares e os Projetos Terapêuticos Singulares, em que todas prevêm a corresponsabilização pelo usuário, tendo este último sempre uma equipe de referência.

Portanto, percebe-se que e a implantação da RAPS está caminhando, e para poder ser implantada é necessário avaliar o processo de implantação, para assim identificar as dificuldades e soluções. Implantar um serviço de tamanha complexidade envolve inúmeros desafios como mudança de modelo,

compreensão dos profissionais de como trabalhar em rede e como corresponsável pelas pessoas atendidas, ampliação dos pontos de atenção e ser disponibilizado material didático-pedagógico suficiente e adequado para os profissionais conseguirem realizar suas atividades. Sobre a necessidade de ampliação dos pontos de atenção A2 diz:

Por exemplo, a gente sabe que uma das coisas que a gente percebe é questão com as emergências, a emergência psiquiátrica a gente não tem, a hospitalização a gente não tem, se for necessário a gente vai ter o instituto de psiquiatria, não tem nenhuma outra possibilidade, então eu acho que isso é um agravo. Algo que deveria se ter enquanto... não tem Serviço Residencial Terapêutico, então assim, todas essas outras necessidades de uma rede que deveria, que estão nas portarias, elas não foram efetivadas. Eu acho que a portaria ela deve existir, deve funcionar, mas tem que ultrapassar isso, ir além disso. E eu acho que isso que falta em termos de gestão. (...) O que eu tenho hoje é isso, eu tenho a promessa de uma construção de um CAPS III, que não sai. Há 10 anos está essa promessa e não é feita, não é cumprida. A questão da emergência que uma época foi saúde mental, depois vai se tornar uma emergência psiquiátrica, que para o meu entender é um outro olhar, é um outro modo de trabalhar, uma outra visão, enfim. Mas, são tudo promessas. Os serviços residenciais eu to até hoje esperando que isso aconteça e não acontece. Com certeza existem algumas pessoas que poderiam estar usufruindo disso e que não estão usufruindo porque não tem um lugar adequado para isso. A2

A portaria 3.088 de 2011 (BRASIL, 2011) não especifica o Hospital Psiquiátrico como ponto de atenção na rede. Os pontos apresentados pela portaria que possuem caráter de urgência e emergência em saúde mental são o SAMU, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento 24h, Hospitais de atenção à urgência, Pronto Socorro e a Unidade Básica de Saúde. E parece que são justamente esses pontos os mais frágeis ou inexistentes no atendimento à saúde mental. Portanto, sem a criação desses pontos, juntamente com os CAPS torna-se difícil fechar as portas dos Hospitais Psiquiátricos. Talvez esse seja um ponto nevrálgico da Reforma Psiquiátrica. Além disso, percebe-se uma falta de investimento de pontos de atenção já implantados como o CAPS.

Nota-se que ainda há um longo percurso a ser seguido para se consolidar os preceitos da luta antimanicomial, tal percurso envolve inúmeros fatores como vontade política, compreensão do modelo psicossocial pelos gestores, profissionais, usuários e população em geral, possibilitar que diferentes modelos conversem entre si. A partir do enfraquecimento desses nós é que será possível construir serviços substitutivos, capacitar os profissionais, efetivar a RAPS e construir um modelo de saúde mental pautado na atenção psicossocial.

3.3 Construção e efetivação da RAPS

Os entrevistados e o documento apresentaram que Rede sempre existiu e é algo imanente aos serviços de saúde. Sobre isso A2 diz:

A rede não foi implantada em dezembro [com a Portaria 3.088], a Rede existe desde 96, quer dizer, deve existir até antes de 96. Existe uma rede pela qual sempre se trabalhou alguns momentos com mais possibilidades de articulação, em outros momentos com outros, alguns momentos com mais determinados serviços. Eu acho assim, a rede não foi implantada em 2011, o que foi formalizado, talvez, foi a portaria. A2

Eles apontaram que para se efetivar a RAPS é necessário a corresponsabilização entre os diversos profissionais, pontos e saberes. Para A1 é necessária a “constituição e implementação de serviços com estratégias de trabalho em conjunto”. Assim, como A1, D1 diz que para construir a rede em conjunto é necessário aprender a conversar, sobre isso ele diz:

Nós precisamos, dentre as diversas áreas da saúde aprender a conversar numa nova língua, que não é uma língua só, vamos dizer assim, da perspectiva biomédica que a gente não vai poder ignorar e que nós vamos precisar estar discutindo e que também não é só da atenção psicossocial. O que eu tô querendo dizer com isso? Nós precisamos encontrar quais são os consensos possíveis para que a gente possa trabalhar junto em rede. D1

Observa-se atualmente um processo de desconstrução/construção de um novo modelo, uma vez que existe ainda dois modelos que predominam na atenção em saúde mental, o manicomial e o psicossocial. E a RAPS força para que ambos dialoguem quando inclui o SAMU e as Comunidades Terapêuticas, pois ambos possuem como base epistemológica o modelo biomédico. Como visto acima, no D1, os profissionais acreditam que deve haver um diálogo entre os modelos. Parece que eles já dialogam entre si, pois tanto é que as comunidades terapêuticas e os hospitais psiquiátricos, por vezes, são utilizados, uma vez que os serviços substitutivos ao hospital são ainda insuficientes. O que se pode questionar, porém, é a qualidade dos serviços.

Para efetivar a RAPS é necessária a “definição clara de uma perspectiva para a Política de Saúde Mental do Município” A1. Portanto, é imprescindível que os gestores apresentem aos profissionais, serviços e população qual o modelo de atenção em saúde mental que se pretende com o município. Dessa forma, com a efetivação de uma política, a gestão consegue dar o suporte necessário aos profissionais e deixa claro as metas e objetivos para a saúde mental, bem como os caminhos para se efetivar. Sem um norte, ou seja, sem uma política pública clara e eficiente, é caminhar a passos lentos ou mesmo em círculos.

Assim, algo necessário é a criação de protocolos e/ou diretrizes para atendimentos em saúde mental. Como diz D1:

A gente trabalha numa rede que é formalizada, que é serializada onde existe as possibilidade de um protocolo que diz quem eu devo acionar a cada momento e esta responsabilidade? E, quando sai fora disso, ou seja, na realidade ela não existe, eu não vou ter protocolos que vão dar conta da complexidade e da realidade, quando ocorre essas situações de emergência. As pessoas não sabem o que fazer porque nós não temos um protocolo que compõem algumas linhas de ações principais. D1

Desse modo, a partir de uma definição clara da política de saúde mental e definição de protocolos flexíveis e norteadores é possível pensar em potencializar os profissionais para a implantação do modelo psicossocial e da RAPS. Uma forma de capacitar os profissionais dá-se pela educação

permanente. Sobre isso D1 nos diz “fica clara a necessidade de formação permanente que possibilite um trabalho em conjunto, de dividir os saberes para que a gente não tenha tanta dificuldade na prática desse cuidado”.

Se os profissionais não entenderem as diferenças entre a lógica do modelo psicossocial e do manicomial, o seu processo de trabalho, o processo de trabalho de cada serviço e compreender a importância de conversar com outras profissões, modelos e serviços, dificilmente conseguirá a mudança de modelo. Para tal é necessário que a gestão municipal, estadual e federal capacite os profissionais.

No entanto, apesar da dificuldade do trabalho em conjunto, da falta de uma política pública de saúde mental no município e necessidade de capacitação dos profissionais há um caminho trilhado conjuntamente entre os serviços e profissionais. Como diz A2:

A gente tem uma parceria estabilizada, a gente consegue fazer algumas visitas, atendimentos juntos [entre UBS e CAPS], negociar alguns atendimentos nesse sentido. (...) Muitos atendimentos são compartilhados no sentido de fazerem algumas atividades na comunidade e outros no próprio CAPS.
A2

Portanto, algo que vem potencializando a conversa entre os diferentes profissionais é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ele tem como objetivo ampliar e aperfeiçoar a atenção da Estratégia de Saúde da Família. Ele deve ser composto por diferentes profissionais de diferentes áreas de conhecimento como educador físico, nutricionista, psicólogo, assistente social, psiquiatra, entre outros. O NASF desenvolve ações articuladas e pactuadas com a ESF, realizam ações intersetoriais, ações de educação permanente com e para a equipe de referência, entre outros (BRASIL, 2009a).

Percebe-se pelos discursos que, aos poucos, ocorre um processo de implantação do modelo psicossocial, assim como da RAPS. E neste processo existem diversas experiências exitosas como a corresponsabilização, atendimentos compartilhados entre diferentes profissões e setores. Para que o processo continue, faz-se necessária a definição clara de um modelo de

atenção em saúde mental orientado pela Atenção Psicossocial da gestão municipal, estadual e federal, capacitação e formação aos profissionais, construção de serviços substitutivos, entre outros.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa objetivou conhecer os limites e desafios da implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em um município de Santa Catarina na visão dos profissionais. Assim, identificou-se que no Brasil o processo da Lua Antimanicomial está em processo e que a RAPS instituída pela Portaria 3.088 de dezembro de 2011 contribui para esse avanço. No entanto, nela ainda estão presentes pontos de atenção que possuem uma outra lógica que não a psicossocial, como o caso das Comunidades Terapêuticas e do SAMU.

A partir da fala dos entrevistados e do documento constatou-se que a necessidade e intenção de um trabalho em rede sempre existiram, e ela é inerente ao serviço de saúde, uma vez que se tem a integralidade como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, ficou claro que a construção, efetivação e manutenção da rede é complexa e são necessários diversos atores sociais, vontade política e lutas para que isso ocorra. Foi apresentado que estabelecer uma rede envolve dialogia entre os pontos de atenção. Sendo importante pessoas de referência entre os serviços. Dessa forma, quando o encaminhamento é necessário já se sabe quem irá acolher o usuário, pode-se já informar dados importantes, e ambos profissionais tornam-se responsáveis pela pessoa.

Uma dificuldade apresentada ocorre no diálogo entre os profissionais e entre os serviços. Parece haver um esforço do Ministério da Saúde e dos profissionais de conversar com outras categorias, serviços e paradigmas. Para essa efetivação os entrevistados e documento referiram a necessidade de capacitação dos profissionais, uma vez, que os profissionais que fazem parte dos pontos da RAPS afirmam e demonstram se sentir despreparados para tal interação.

Mesmo com esses desafios já há experiências exitosas de trabalho em rede, de corresponsabilização, de clínica ampliada, entre outros. Visto que está

ocorrendo um incentivo do Ministério da Saúde para a capacitação dos profissionais como o Tele Saúde, Universidade Aberta do SUS (UNASUS), Mestrados Profissionais, as residenciais e os congressos. Destarte, neste momento da luta, percebe-se que apesar das dificuldades há um processo.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: Amarante, P. (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 1*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-65.

BRASIL. *Portaria 224, de 29 de janeiro de 1992*. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL. *Portaria 106 de 25 de fevereiro de 2000*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. *Lei 10.216*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. *Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002*. Dispõe sobre o Funcionamento dos Serviços de CAPS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental. Brasília, 2005, 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da *Política Nacional de Humanização*. Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. *Cadernos de Atenção Básica*. Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. *PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral saúde mental, álcool e outras drogas. *Saúde mental em sados*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Acesso em 5 de outubro de 2018. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede HumanizaSUS: Intersetorialidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Acesso em dez 2013. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/publicacoes>

BRASIL. *PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017*. Altera as portarias de consolidação n. 3 e n.6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

COSTA-ROSA, Abílio. O modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (org.). *Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

FLICK, Uwe. *Uma introdução à Pesquisa Qualitativa*. 2ed. Porto Alegre: Bookman, 2004

GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social: tória, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994.

LEOPARDI, M. T. *Metodologia na saúde*. 2. ed. Florianópolis: UFSC/Pós-graduação em Enfermagem, 2001.

MINAYO, Maria C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

YASUI, Silvio. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

TESSER, C. D. (Org.) . *Medicalização social e atenção à saúde no SUS*. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010. v. 1. 244p.

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. *Clínica ampliada*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.