

O PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E A CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE UM MUNICÍPIO MINEIRO

The restructuring process of mental health services and the construction of a psychosocial care network in a municipality in Minas Gerais, Brazil

Sérgio Henrique Marçal¹

Erika Renata Trevisan²

Artigo encaminhado: 19/05/2020

Artigo aceito para publicação: 06/03/2023

RESUMO

Esse artigo teve como objetivo refletir sobre o processo de reestruturação dos serviços de saúde mental e a construção da Rede de Atenção Psicossocial de um município do Estado de Minas Gerais. Por meio da consolidação e análise de diversos documentos produzidos, desde o planejamento até o desenho final da RAPS, foi construído esse relato de experiência. Esse processo ocorreu a partir de um diagnóstico da Rede realizado nos anos de 2016 e 2017, discussão, planejamento e reestruturação da Rede que perdurou até meados de 2020. Para apresentação dessa análise foi realizada uma divisão entre os eventos que precederam a reestruturação, o próprio processo e os desafios e possibilidades que se apresentam para o presente e o futuro, de acordo com três eixos: (1) O diagnóstico - A (des)articulação dos serviços de saúde mental (2) A construção da RAPS (3) Os desafios e as potencialidades. Esse processo sinaliza a consolidação do processo sociopolítico com mudanças significativas na forma de tratar e entender as pessoas com transtornos mentais, evidenciando a postura ética, técnica e política de qualificar práticas para acolher, respeitar individualidades e promover integralidade e o acesso ao cuidado, transformando vidas cujas histórias remontam à exclusão e negação de direitos.

Palavras-chave: Saúde mental; Política de saúde; Serviços de Saúde Mental; Administração de Serviços de Saúde.

¹ Mestrando em Gestão da Clínica pela Universidade Federal de São Carlos. Pós Graduação Latu Sensu em Gestão Estratégica de Pessoas e Neuropsicologia. Docente do Curso de Psicologia, Universidade de Uberaba.

Coordenador da Pós Graduação Multiprofissional em Saúde Mental, Universidade de Uberaba. Gestor do Instituto Maria Modesto. E-mail: sergio.marcal@uniube.br

² Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Terapeuta Ocupacional. Especializada em Tecnologias de Saúde Mental e Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (2005). Doutora em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (2018). E-mail: erika.trevisan@uftm.edu.br

ABSTRACT

This article aimed to reflect on the process of restructuring mental health services and the construction of the Psychosocial Care Network in a municipality in the state of Minas Gerais, Brazil. Through the consolidation and analysis of several documents produced, from the planning to the final design of the RAPS, this experience report was constructed. This process occurred based on a diagnosis of the Network carried out in the years 2016 and 2017, discussion, planning and restructuring of the Network which lasted until mid-2020. To present this analysis, a division was made between the events that preceded the restructuring, the process itself and the challenges and possibilities that present itself for the present and the future, according to three axes: (1) The diagnosis - A (un) articulation of mental health services (2) The construction of RAPS (3) The challenges and potential. This process signals the consolidation of the socio-political process with significant changes in the way of treating and understanding people with mental disorders, showing the ethical, technical and political stance of qualifying practices, internal and external spaces to welcome, respect individualities and promote comprehensive care, rights and life for people whose stories go back to the exclusion and denial of rights.

Keywords: Mental health; Health policy; Mental Health Services; Health Services Administration.

1 INTRODUÇÃO

A promulgação da Constituição brasileira em 1988 resultou em grandes avanços nas políticas sociais, em especial na atenção à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado. O SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo toda complexidade do cuidado, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Dentre essas áreas, estão as políticas e ações desenvolvidas para a assistência de saúde mental.

As políticas atuais de saúde mental que são desenvolvidas no SUS, são resultantes do movimento da reforma psiquiátrica, têm uma relação direta com o movimento da reforma sanitária, que surgiu em meados da década de 1970 e constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização do país (AMARANTE; NUNES, 2018). Um dos marcos legais dessas transformações foi a promulgação da Lei 10.216/01, que propõe a mudança da assistência para um modelo que privilegie o tratamento em serviços abertos de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2001).

Esse processo sociopolítico viabilizou diferentes e intensas transformações na atenção à saúde mental nas últimas quatro décadas, com a consolidação de mudanças significativas na forma de tratar e entender os transtornos mentais, não mais, unicamente, no contexto manicomial, com o cuidado nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e na superação do modelo psiquiátrico, pautado na exclusão social, na violência e na cronificação do sujeito (TREVISAN; CASTRO, 2016).

A superação do modelo manicomial vai além da saída do hospital psiquiátrico. A proposta de desinstitucionalização exige mudanças nas formas de entender e tratar a loucura, requer a atenção e o cuidado em serviços de saúde presentes na comunidade, entendendo o sujeito, não apenas pelo seu diagnóstico, mas pelas suas demandas e peculiaridades, relacionadas aos direitos à moradia, ao trabalho, à participação social, ao lazer, às relações afetivas, entre outros aspectos fundamentais à vida. Para que essas demandas sejam acolhidas e atendidas são necessárias transformações na lógica da organização dos serviços, com o conceito de Rede, com ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade do cuidado.

No ano de 2011, o Ministério da Saúde, estruturou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para propiciar a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade. A RAPS visa a promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do álcool e outras drogas e suas famílias aos seus pontos de atenção e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (AMARANTE; NUNES, 2018).

A RAPS estabelece os pontos de atenção organizados por eixos verticais: 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. Dessa forma, ficam claras a diversidade do cuidado e a congruência da política

oficial com as mudanças produzidas no modelo assistencial nas últimas décadas (TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

Essas mudanças no modelo assistencial não são simples, elas resultam em transformações nos processos de trabalho, no cuidado psicossocial e nos arranjos no campo relacional. Esse artigo pretende, portando, refletir sobre o processo de reestruturação dos serviços de saúde mental e a construção da RAPS de um município do Estado de Minas Gerais.

2 MÉTODOS

Este artigo apresenta um relato de experiência sobre o processo de reestruturação dos serviços de saúde mental e a construção da RAPS de um município do Estado de Minas Gerais. Os dados para a construção desse estudo foram obtidos por meio da consolidação de diversos documentos produzidos, desde o planejamento até o desenho final da RAPS. Esta experiência teve início a partir de um diagnóstico da Rede realizado nos anos de 2016 e 2017, que detectou problemas importantes no seu funcionamento.

O relato de experiência é um instrumento da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações acerca de uma prática vivenciada no âmbito profissional, que proporcione informação relevante para comunidade científica (CAVALCANTE; LIMA, 2012). A construção do conhecimento científico por meio de relato de experiência beneficia o meio acadêmico e a sociedade por contribuir na melhoria de intervenções e propostas de trabalho (MUSSI; FLORES; ALMEIDA, 2021).

Nesse sentido, o tema abordado nesse artigo é relevante por abordar fatos importantes na história da saúde mental com a finalidade de possibilitar reflexões sobre os arranjos discutidos e realizados, por lançar luz sobre as demandas que agem em cada contexto, por analisar e buscar a compreensão sobre as contribuições e participações dos diversos atores envolvidos nesse processo: os trabalhadores, os gestores, os usuários e seus familiares. Essa experiência evidenciou a realidade vivida por essas pessoas nas práticas cotidianas, na potência da relação e do afeto desempenhado no ato de cuidar em saúde mental.

Pretende-se, portanto, apresentar uma análise considerando os aspectos macro e micro dessa experiência: das políticas públicas às práticas propostas e instituídas. Esse processo nos possibilitou agrupar as reflexões em temas, por meio de discussões teóricas e conceituais, que para nós autores, foram fundamentais para compreender a reestruturação da RAPS no território de saúde estudado.

Essa análise foi realizada a partir de uma divisão entre os eventos que precederam a reestruturação, o próprio processo e os desafios e possibilidades que se apresentam para o presente e o futuro. O resultado, portanto, será apresentado de acordo com três eixos: (1) O diagnóstico - A (des)articulação dos serviços de saúde mental; (2) A construção da RAPS; e (3) Os desafios e as potencialidades.

Limitações do estudo

Este é um relato de uma experiência, vivenciada pelos autores e transmitida, aqui, a partir de suas percepções. Há fatos que podem ser constatados, com a criação de novos serviços, alocação de profissionais diversos, e outros. Mas de maneira geral a descrição do processo não está apoiada em documentação específica, dada a dinâmica de sua implantação. Não há, ainda, apresentação de resultados que possam confirmar algumas conclusões, apresentadas no artigo a partir das visões dos autores. Não há avaliações, ou outros dados concretos que possam garantir os resultados buscados pelo processo de reestruturação, ou mesmo a dinâmica do processo, descritos pelos autores no artigo.

Embora o conhecimento assim produzido não seja passível de generalização de forma ampla e irrestrita, as discussões e análise deste processo podem, na visão dos autores, constituir um importante recurso que ilumine o ambiente de tomadas de decisões, no sentido de promover melhorias em outras RAPS, focando o aumento da qualidade do cuidado em saúde mental.

3 O DIAGNÓSTICO - A (DES)ARTICULAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

O processo de reestruturação dos serviços de saúde mental no município estudado teve por objetivo (re)estruturar lógicas de complexidade do cuidado. Esse processo foi iniciado a partir de um diagnóstico da Rede, por meio de um levantamento sobre as ações de saúde mental realizadas na Atenção Básica de Saúde (ABS), formada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pelas Equipes de Saúde da Família (ESF).

A ABS é compreendida como porta de entrada e ordenadora do cuidado no SUS, por meio de ações descentralizadas e integrais, com ênfase na construção de vínculos e na alta capilaridade do sistema de saúde nos territórios de abrangência. Possibilita às equipes a proximidade com o cotidiano dos sujeitos, produzindo em conjunto as necessidades em saúde dessa população e respondendo a elas, seja dentro dos próprios dispositivos que compõem a atenção básica ou em outros pontos da rede de atenção à saúde. É por meio da capacidade que esses serviços têm de se articular em rede facilitando a promoção do cuidado integral que possibilita e potencializa a qualidade de vida no cotidiano das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2017; OLIVEIRA et al., 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) ressalta a importância da integração entre a saúde mental e ABS, uma vez que promove o cuidado à saúde centrado na comunidade. Deste modo, os casos referentes à saúde mental passaram a dispor do acompanhamento longitudinal e territorial, que se configuram como ações preventivas e de promoção em saúde (LOBO DOS SANTOS; SILVA, 2022). No Brasil, a ABS passou a integrar a RAPS em 2011, articulada com outros serviços existentes (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde adota dados internacionais de prevalência (BRASIL, 2010) que apontam que 3% da população mundial apresenta transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de cuidados contínuos. De 9 a 12% da população possui transtornos mentais leves, precisando de cuidados eventuais, sendo resolutivo o atendimento na ABS. A OMS (WHO, 2001) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a) estimam que quase 80% das pessoas encaminhadas para os profissionais de saúde mental não,

necessariamente, possuem demanda específica que justifique a necessidade de atenção especializada.

No levantamento realizado na ABS sobre as ações de saúde mental no município em que o estudo foi realizado, detectou-se que havia trinta psicólogos trabalhando nas UBS, entretanto, completamente desconectados das ações desenvolvidas pelas ESF. Essa realidade demonstrou a desarticulação que ocorria na assistência em saúde mental na ABS, o processo do trabalho dos psicólogos ocorria sem parametrização e sistematização técnica, gerando encaminhamentos desnecessários e sem critério, para Atenção Especializada, composta, neste momento, pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Ambulatório de Saúde Mental.

O município possuía quatro CAPS, sendo dois CAPS II para pessoas com transtornos psicóticos e neuróticos graves, um sob responsabilidade de uma Organização não Governamental (ONG) e outro da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); um CAPSad III destinado às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas; e um CAPSi responsável pelo atendimento de crianças e adolescentes que apresentam transtornos mentais.

O processo diagnóstico apontou inadequações no modelo assistencial. Os CAPS não conseguiam dar alta para pacientes estáveis e estes serviços tinham porta de entrada livre, mas não porta de saída, o que gerava grave sobrecarga e comprometimento do cuidado. Os atendimentos ambulatoriais em saúde mental, que ocorriam nas Unidades Regionais de Saúde (URS), não se pautavam por protocolos que resguardassem a correta complexidade, interdisciplinaridade e relação com a rede de saúde. O acesso aos ambulatórios se dava mediante a inserção do usuário em um sistema informatizado denominado Fila Eletrônica, que não possuía filtro de prioridade. Dessa maneira, não se realizava o cuidado individualizado, ou seja, desde casos simples aos mais complexos permaneciam na fila sem priorização prevalecendo, para ordenamento do atendimento, a lógica de inserção temporal. O atendimento se dava apenas por psiquiatra, não havendo trabalho multiprofissional ou interdisciplinar. O cenário precário se desenhava com uma fila de espera para consultas que era de quase duas mil pessoas. Dessa maneira, os atendimentos dos casos de média complexidade estavam desfalcados e inadequados,

baseados puramente em atendimentos médicos e desconectados da rede, favorecendo a cronificação.

Percebeu-se também que os únicos serviços com rotina assistencial estruturada eram os CAPS, entretanto estes permaneciam isolados como lugar único das pessoas com transtornos mentais, sinalizando a necessidade da integralidade do cuidado e da materialização da saúde como direito e como serviço.

O município contava também com um Hospital Psiquiátrico, instituição filantrópica, fundada em 1933. Passou por diversas mudanças em sua história e atualmente é conveniado ao SUS Municipal para regime de internação, que ocorria mediante encaminhamento médico de qualquer ponto da rede, com agendamento da internação diretamente no hospital. À época, qualquer internação hospitalar no Estado e nesse município era realizada pela central de regulação denominada SUS Fácil. Neste sistema, a liberação de vagas nos hospitais ocorre com base em relatório clínico escrito por profissional médico e avaliação da necessidade de internação hospitalar. Após análise, é liberada ou não a transferência para internação.

Havia ainda dois Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), implantados em 2012, após fechamento, por determinação judicial, de uma instituição clandestina que mantinha 87 pessoas com transtornos mentais em situação descrita como cárcere privado. Os pacientes do município sem suporte familiar e com histórico de longo tempo de internação compuseram os dois SRT, organizados e constituídos pela SMS. Entretanto, estes serviços foram criados emergencialmente, o que contribuiu para várias inadequações, desde sua estrutura física até a gestão do cuidado e da rotina, a qual deve se pautar pela portaria nº.106/2000 (BRASIL, 2000).

O diagnóstico também verificou que a prevenção e promoção de saúde mental era feita de maneira falha e sem sistematização, o que favorecia o agravamento dos casos, maiores gastos para tratamento e prognósticos insuficientes. Além disso, a definição de complexidade em função da necessidade dos casos também foi um fator decisivo para as mudanças na rede, com respaldo do que preconiza a literatura científica do Brasil e do mundo.

Diante desse cenário, desenvolveu-se o Projeto de Reestruturação da Atenção Psicossocial do município, como decisão ética, técnica e política.

4 REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A elaboração do fluxo nos serviços de saúde mental era uma demanda antiga, tendo em vista que o município possuía serviços substitutivos antigos, desde a década de 1990, quando a assistência era, majoritariamente, baseada nas internações psiquiátricas. Apesar disso, ainda não existia um documento que descrevesse o fluxo dos usuários entre serviços de diferentes níveis de complexidade. A construção da RAPS integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para o atendimento integral é fator determinante na construção deste fluxo, principalmente diante do cenário histórico local, que sempre esteve focado em cuidados na atenção especializada, por meio de internações em Hospital Psiquiátrico e atendimento no CAPS.

Como ponto de partida foi utilizada a Portaria nº 3.088 de 2011, que instituiu a RAPS (BRASIL, 2011), compreendendo a conexão indissolúvel dos serviços de saúde vinculados ao SUS, sejam eles especializados ou não, e toda rede de apoio intersetorial. Mais do que a regulamentação, com marco legal específico, o que se propõe é uma atitude voltada ao trabalho comunitário, preservadora e que valorize a integralidade do cuidado dos usuários e familiares. Todos os atores envolvidos são protagonistas do cuidado integral, sem distinção, sendo pessoas ou instituições.

A RAPS hoje está estruturada com os seguintes componentes: Atenção Básica; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção em Urgência e Emergência; Atenção Hospitalar e Estratégias de Desinstitucionalização.

5 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

O processo de estruturação da RAPS teve início com a capacitação dos trabalhadores da ABS na busca da qualificação técnica dos trabalhadores e supervisão clínica e institucional do processo de trabalho. As capacitações estenderam-se durante o ano de 2018 com encontros mensais de oito horas cada, com profissionais do próprio município e da região que abordaram, entre

outros temas: a política de saúde mental brasileira; legislação e ética; psicopatologias e estratégias de cuidado, técnicas e manejos; farmacologia; trabalho em equipe e em rede, entre outros.

Além das capacitações, foram realizadas ações de supervisão da assistência em saúde mental em todas as unidades da ABS, com o objetivo de reduzir os encaminhamentos desnecessários para atenção especializada que produzem filas, agravos e desassistência. A ABS passou a ser responsável por mapear e identificar usuários disfuncionais e, em articulação com as equipes dos CAPS, propor abordagens conjuntas para estes usuários, como ações de redução de danos ou ofertas de tratamento.

O cuidado em saúde mental na ABS é estratégico pela facilidade de acesso, tanto dos profissionais à população, como dos usuários às equipes. As intervenções devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, guiando-se pela produção de saúde e de vida e não se restringindo à cura das doenças. Nesse sentido, se faz necessário entender o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na ABS, as intervenções em saúde mental são construídas no cotidiano dos encontros, com a criação de ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos, o cuidado em saúde (BRASIL, 2013).

As ações de saúde mental na ABS da RAPS foram organizadas por um processo de trabalho em que o atendimento dos casos de baixa complexidade ficassem sob responsabilidade dos seis Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que estão nas Unidades Matriciais de Saúde (UMS). As equipes multiprofissionais incluem psicólogos para o apoio às ESF, matriciamento e cuidado compartilhado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

O matriciamento na ABS foi um avanço importante no cuidado, a partir de 2014, com busca ativa, acolhimento e atendimento de demandas de saúde mental. Dessa maneira, há acolhimento e atenção inicial à população no próprio território, por meio da habilitação das equipes para um cuidado em saúde compatível com a ABS, de maneira a se evitar agravos, aumento de custos em atendimentos especializados e possível baixa efetividade.

Essas transformações reforçam a ideia de que a saúde mental não está dissociada da saúde geral, sendo necessário reconhecer que essas demandas estão presentes em diversas queixas relatadas pelos usuários. Neste sentido, é apontado que as práticas de saúde mental devem ser realizadas por todos os trabalhadores da ABS, independente de suas formações específicas (BRASIL, 2013). Essas mudanças possibilitaram a descentralização dos cuidados de saúde mental para a ABS e demais níveis de complexidade, com vistas à integralidade da atenção, a humanização do cuidado, o acesso e responsabilização conjunta pelo caso, a partir da perspectiva da clínica ampliada.

Nesse processo de cuidado, é fundamental a atitude dos profissionais de saúde, na qual a escuta, cordialidade, o respeito e o diálogo fazem parte da humanização do atendimento. Esses elementos interferem, inclusive, na adesão e na continuidade do tratamento. A dimensão da integralidade trouxe elementos da interdisciplinaridade nos serviços, a importância de um modelo de clínica ampliada e do olhar para as pessoas que contextualize o sofrimento psíquico em todos os aspectos da vida do sujeito, que extrapole o olhar para a doença e seus sintomas (MOREIRA; BOSI, 2019).

Apenas casos de transtornos mentais graves e persistentes não devem ser atendidos na ABS, devendo ser encaminhados para os CAPS, de acordo com a natureza da demanda e preconizações das Portarias Normativas, a exemplo da Portaria 336/2006 e Portaria 130/2012.

6 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA

6.1 Centros de Atenção Psicossocial

A Atenção Psicossocial Especializada é formada por quatro CAPS, que são serviços criados para substituir as internações em hospitais psiquiátricos e oferecer atendimento em saúde mental aberto, comunitário e gratuito. Na RAPS ele ocupa o lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, cuja severidade e persistência justifiquem o cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2002).

Os CAPS que compõem essa RAPS são: (1) CAPSi, criado em 2002, para tratamento de crianças e adolescentes com sofrimento mental grave. Atende, aproximadamente, 250 usuários e em média realiza 1800 atendimentos/mês. (2) CAPS II da SMS, inaugurado em 1998, destinado ao tratamento de pessoas com transtornos mentais graves, atende, aproximadamente, 300 usuários com média de 2000 atendimentos/mês. (3) CAPS II, habilitado em 1994, para tratamento de pessoas com transtornos mentais graves, atende, aproximadamente, 400 usuários com média de 3000 atendimentos por mês. (4) CAPS AD III, habilitado em 2012, para tratamento de pessoas com problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, atende, aproximadamente, 300 usuários, com média de 2200 atendimentos por mês.

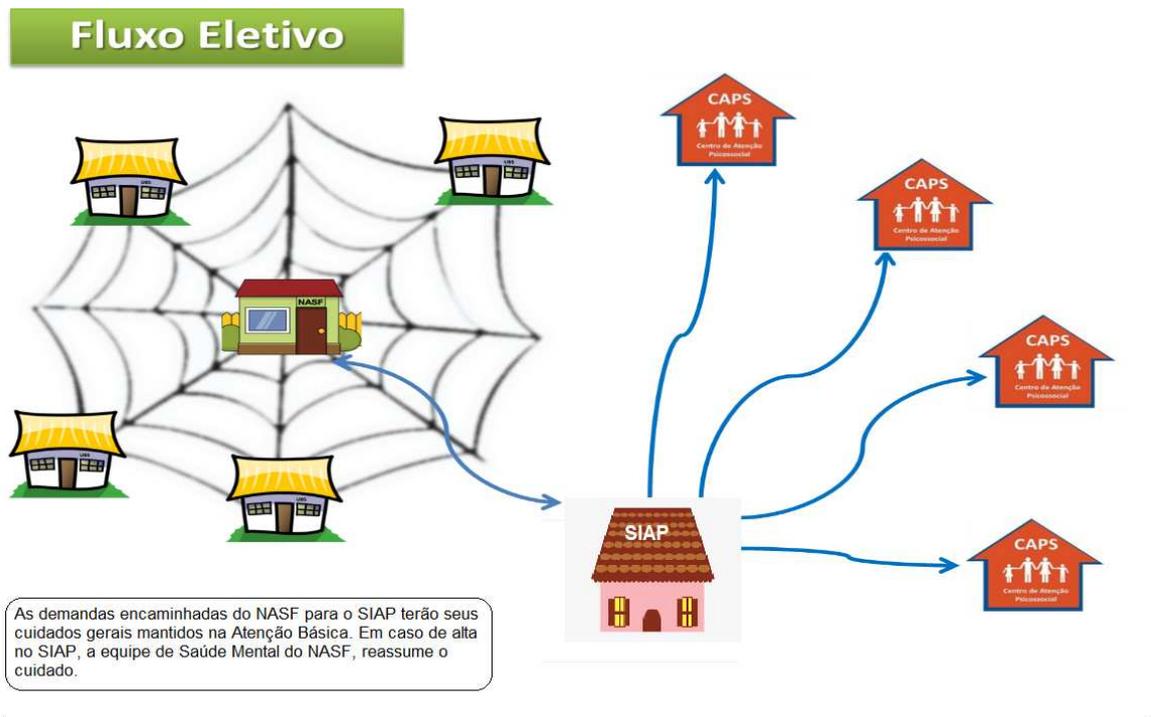
São ações dos CAPS, considerando as especificidades da clientela, a elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais; os atendimentos dos usuários e familiares são em grupo e/ou individual por equipe multiprofissional; o desenvolvimento de oficinas terapêuticas, atividades de reabilitação psicossocial, resgate e construção da autonomia, participação e inclusão social, acesso à vida cultural e comunitária, autocuidado, autonomia com a medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, dentre outras.

6.2 Serviço Intermediário de Atenção Psicossocial (SIAP)

Os atendimentos ambulatoriais especializados são realizados no SIAP, unidade intermediária entre os casos de baixa complexidade atendidos na ABS e casos graves atendidos nos CAPS.

O encaminhamento para esse serviço é realizado a partir da avaliação da ESF, como apresentado na Figura 1. O serviço possui equipe multiprofissional formada por 10 Psicólogos, 02 Assistentes Sociais, 01 Terapeuta Ocupacional e 02 Médicos Psiquiatras.

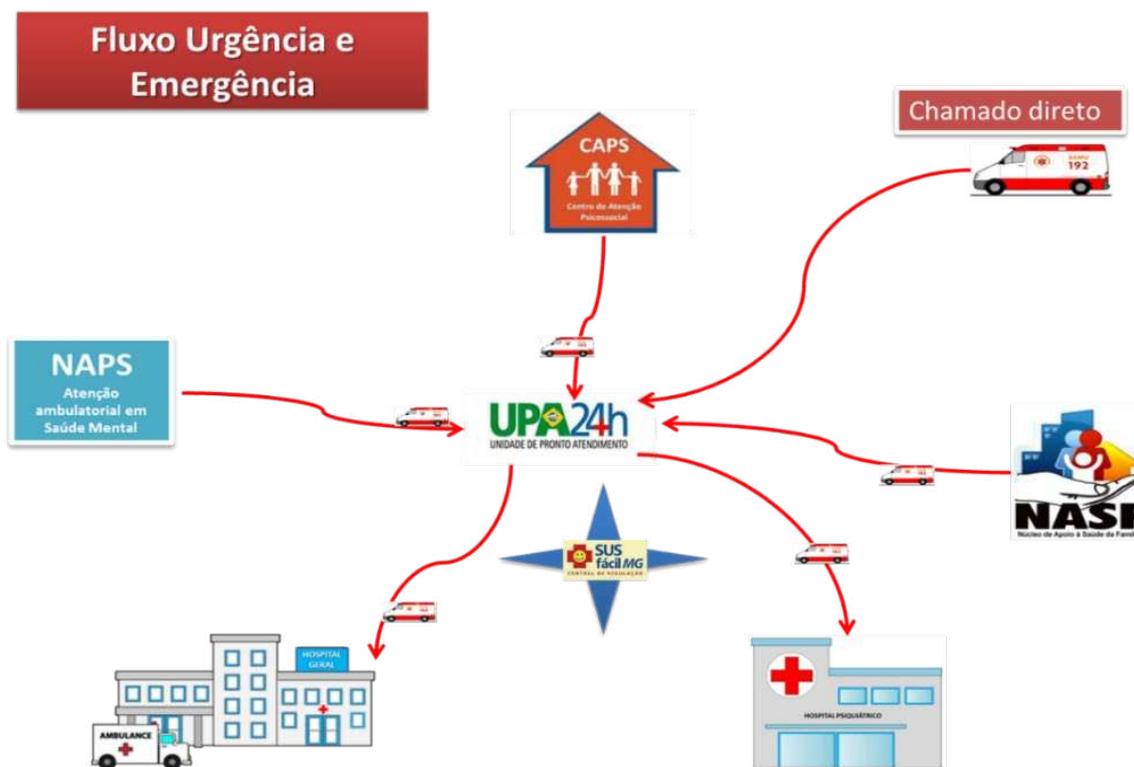
Figura 1: Fluxo de encaminhamento da RAPS



6.2 Atenção de Urgência e Emergência

O fluxo urgência e emergência em saúde mental está formalizado em consonância com as políticas de saúde nas três instâncias, tendo como base a Política Nacional de Urgência e Emergência (BRASIL, 2003b), além de amplo diálogo com os serviços que compõem a RAPS, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2: Fluxo urgência e emergência.



O usuário pode ser encaminhado para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) por meio da UBS, dos NASF, do SIAP, dos CAPS, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (SAMU) e pela busca espontânea. Na UPA, de acordo com as condições clínicas são realizados os encaminhamentos para os CAPS, nos casos graves e persistentes; para os usuários com demandas psicossociais mais específicas que as desenvolvidas na ABS e menos intensivas que as desenvolvidas nos CAPS, são encaminhados para o SIAP; para o hospital geral ou hospital especializado quando o usuário coloca em risco sua vida ou de outras pessoas, que necessite de suporte clínico não contemplado em outros pontos da RAPS.

6.3 Atenção Hospitalar

O Serviço de Referência Hospitalar (SHR) é um ponto de atenção da RAPS. Deve estar integrado como parte das demandas e fluxos assistenciais, potencializando ações de matriciamento, com corresponsabilidade pelos casos e garantia da continuidade do cuidado. O propósito é de internações de curta

duração, até a estabilidade clínica, respeitando as especificidades de cada caso (BRASIL, 2012).

A internação só é indicada quando os procedimentos necessários não são possíveis em outros serviços abertos como: a necessidade de administração de esquemas farmacológicos; tratamentos clínicos ou cirúrgicos, complexos ou potencialmente tóxicos; tentativa de suicídio; situações de urgência/emergência decorrentes do consumo/abstinência de álcool e outras drogas; situações de emergência ligadas à violência, especialmente violência doméstica e sexual. A internação em hospital psiquiátrico é a última opção para o cuidado, somente após o esgotamento de todas as possibilidades terapêuticas.

6.4 Estratégias de desinstitucionalização

Os dois SRT, implantados em 2012, passaram por processo de reorganização para melhoria das condições de moradia e cuidado. As duas casas abrigavam mais de 30 moradores, o que não era previsto na Portaria 106/2000 (BRASIL, 2000), sendo assim foi necessário a constituição de novas casas e a redistribuição dos moradores. Atualmente, a SMS possui cinco casas com total de 48 moradores. Para a mudança dos moradores e a composição das novas casas foi considerado o grau de dependência; o vínculo entre eles; a individualidade e singularidade; os desejos e a necessidade de construção de um lar.

A equipe dos SRT foi modificada após avaliação do perfil dos trabalhadores e instituiu-se como critério de escolha a disponibilidade para o cuidado humanizado, acolhimento e respeito às necessidades e individualidade. Foi instituído um fórum quinzenal de supervisão dos trabalhadores, visando adequar a rotina e os direitos fundamentais dos moradores.

7 OS DESAFIOS E AS POTENCIALIDADES PERCEBIDAS

Os desafios desse processo têm relação, principalmente, com a mudança de perspectiva de cuidado em Rede dos trabalhadores e da sociedade, quanto às novas formas e possibilidades da assistência na RAPS, rompendo estigmas e permitindo a construção de uma nova forma de cuidado. A Educação Permanente em Saúde e a supervisão contínua dos trabalhadores é essencial

para sedimentar as construções propostas, prevenindo seu desmonte em função de processos políticos e gerenciais, que mudam com frequência, interferindo nos serviços prestados à população.

Outro desafio diz respeito ao fortalecimento dos coletivos de trabalhadores e usuários em consonância com as instâncias de controle social, com vistas a resguardar e fortalecer os avanços construídos diante de retrocessos políticos que possam vir a ocorrer. Promover a educação em saúde da população no sentido de perceber o sofrimento mental como algo comum à vida e buscar cuidado na rede de saúde de modo a ser acolhido em sua singularidade. Esse cuidado deve incluir a promoção da saúde mental, a qualidade de vida, o exercício de direitos e protagonismo dos usuários da RAPS, promovendo assim, mudanças positivas na sociedade. Na medida em que há promoção de saúde mental e prevenção dos agravos, minimiza-se o ciclo de reprodução social do estigma, da negação de direitos e da exclusão social.

Na esteira da informação, educação e exercício de direitos emerge a importância do protagonismo social de usuários e trabalhadores no sentido de demandar e fiscalizar a produção de políticas públicas e serviços capazes de corresponder às necessidades de saúde da população. Fortalecer o acolhimento e cuidado em todos os ciclos de vida, a partir da atenção básica, fortalece o desenvolvimento humano e interpessoal, favorece a prevenção de violências de naturezas diversas e produz acesso a direitos e cidadania.

Para alcançar a integralidade nas ações de saúde mental é necessário investir na ampliação da RAPS nas diferentes complexidades, desde a atenção básica com a produção do cuidado longitudinal e no território até a atenção especializada, com foco na singularidade do sujeito, ou seja, na relação consigo e com o mundo. Entretanto, é importante ressaltar que a RAPS não pode ser o único espaço que promova o cuidado em saúde mental. O desafio de potencializar a articulação entre os serviços de saúde e outros recursos sociais e territoriais está colocado e ampliar a oferta de cuidado em torno desses sujeitos é promover a intersectorialidade, entre a saúde mental e as diferentes políticas e recursos sociais e comunitários, pensando uma concepção de rede ampliada.

As articulações precisam incluir setores da cultura, lazer, moradia, trabalho, entre outros, que possibilitem a circulação das pessoas com sofrimento psíquico nos espaços sociais, promovendo a participação social e a autonomia. Essa diversificação e ampliação das relações afetivas, sociais e produtivas permite a consolidação de um sistema indissociável, capaz de oferecer respostas exitosas na atenção à saúde mental.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência do processo de reestruturação da RAPS relatado nesse artigo, discute a importância da consolidação do processo sociopolítico que tem viabilizado diferentes e intensas transformações na atenção à saúde mental, na forma de tratar e compreender as pessoas em sofrimento psíquico, superando o modelo pautado na exclusão social, na violência e na cronificação do sujeito.

Ressaltamos, após o percurso descrito, a postura ética, técnica e política de qualificar as práticas para acolher, respeitar individualidades e promover integralidade e o acesso ao cuidado, transformando vidas cujas histórias remontam à exclusão e negação de direitos.

Além disso, a ampliação da RAPS permite também a prevenção, o acolhimento e cuidado precoce do sofrimento, evitando a instalação e progressão de transtornos mentais incapacitantes, estigmatizantes e excludentes que violam direitos. Nesse processo, destaca-se a importância da intersetorialidade como elemento estrutural e relacional entre as políticas na promoção de direitos, como forma de evitar privações e negações destes, produzindo sofrimento e adoecimento.

A análise realizada neste estudo busca, a partir de uma realidade pontual, trazer discussões sobre a importância da RAPS e a consolidação do paradigma psicossocial pautado em uma estratégia de cuidado construída em parceria com os próprios usuários, seus familiares, a equipe de saúde e os recursos sociais e comunitários presentes no território.

Referências

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2067–2074, jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 106. Dispõe sobre a criação e regulamentação das residências terapêuticas para portadores de transtornos mentais. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2000. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-106-de-21-de-janeiro-de-2022-375565664>

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. 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**, Brasília, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 out. 2003. Seção 1, p. 56. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**; Brasília, 2011. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 148/GM. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

CAVALCANTE, B. L. L.; LIMA, U. T. S. D. Relato de experiência de uma estudante de enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. **Journal of Nursing and Health**, v. 2, n. 1, p. 94–103, 24 set. 2012.

LOBO DOS SANTOS, F.; SILVA, L. A. V. DA . Atenção Básica e Saúde Mental: Relato Praxiográfico de uma Tecnologia de Cuidado. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, n. Psicol. cienc. prof., 2022 42, p. e243075, 2022.

MOREIRA, D. D. J., BOSI M.L.M. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 2, 2019.

MUSSI, R. F. de F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práxis Educacional**, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021.

OLIVEIRA E.C., MEDEIROS A.T., TRAJANO F.M.P., CHAVES NETO G., ALMEIDA S.A., ALMEIDA L.R. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 3, 2017.

TRAPÉ, T. L.; CAMPOS, R. O. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 21 fev. 2017.

TREVISAN, E. R.; CASTRO, S. S. Aspectos psicossociais do trabalho em Saúde Mental: uma revisão integrativa. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 12, n. 3, p. 188–197, set. 2016.

WHO - World Health Organization. O. **Integrating mental health into primary care: a global perspective**. Geneva, Switzerland : London: World Health Organization; Wonca, 2008. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43935>

WHO - World Health Organization. **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Divisão da saúde Mental da OMS, 2001. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001_por.pdf;jsessionid