



## AVANÇOS E RETROCESSOS NA EFETIVAÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Larissa Weber<sup>1</sup>  
Cláudia Flemming Colussi<sup>2</sup>

De acordo com a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos objetivos do SUS consiste na oferta de assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (Brasil, 1990), em uma clara alusão à integralidade. A integralidade compreende não só a oferta e combinação de diferentes tecnologias de cuidado, as quais precisam ser articuladas entre os diversos serviços da rede assistencial. Vislumbra-se também o cuidado das mais variadas necessidades de saúde dos indivíduos, de modo organizado e humanizado, considerando a totalidade do sujeito – em suas dimensões física, mental, social, espiritual (Campos, 2003).

Em um dos primeiros escritos nacionais sobre a integralidade na Política de Saúde Mental, Alves (2006) atentou para a necessidade de observar duas questões pertinentes ao cuidado: a oferta/seleção e a inclusão/exclusão. Na visão do autor, o entendimento de que os serviços deveriam especializar-se no tratamento de apenas um tipo de problema prevaleceu por longo período. A substituição do verbo “tratar”, o qual pressupõe um diagnóstico, por “cuidar”, que abre possibilidade para abordar mais de situação por vez, contribui para superar as práticas de seleção e exclusão.

Ao enfrentar a segregação, portanto, a integralidade perpassa também questões de natureza ideológica e alinha-se ao ideário da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica (RP), qual seja, a defesa de um cuidado em liberdade, em serviços de saúde de base comunitária. Até os anos 80, o modelo de tratamento que preponderava, conhecido como manicomial ou asilar, pressupunha a internação prolongada das pessoas em hospitais psiquiátricos, promovendo não só a segregação, como a violação de direitos humanos e o rompimento de vínculos.

O enfrentamento a esse modelo deu-se pioneiramente na Itália, através de um movimento denominado Psiquiatria Democrática Italiana. A RP italiana teve

---

<sup>1</sup> Psicóloga da Secretaria Municipal da Saúde de Guaíba-RS, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

<sup>2</sup> Professora no Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFSC.



reflexos no Brasil, onde já floresciam críticas ao modelo manicomial. Um dos mais importantes atores sociais alinhados ao ideário da Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil tem sido o Movimento da Luta Antimanicomial – o qual representa os usuários, seus familiares e trabalhadores do campo da saúde mental na defesa por uma atenção digna dos serviços de saúde e por mudanças no imaginário social sobre a loucura.

Assim como na Itália, o objetivo principal da RP brasileira era promover a gradativa substituição do sistema centrado no cuidado hospitalar por uma rede integrada de atenção à saúde, garantindo os direitos de cidadania às pessoas com transtornos mentais, em especial aquelas que estiveram internadas por longos períodos nos manicômios. Se outrora preconizava-se que o sujeito em sofrimento psíquico deveria ser isolado para curar-se, a partir da RP a orientação é de reaproximá-lo do seu território de origem e da comunidade – característica fundante do Modo Psicossocial (Costa-Rosa, 2013).

Promover o cuidado da pessoa em seu território, de forma humanizada, possibilita compreendê-la em suas múltiplas dimensões e necessidades – não só no âmbito da saúde mental. Essa característica, portanto, aproxima o Modo (ou a Atenção) Psicossocial de um dos sentidos da integralidade.

Os principais marcos da institucionalização da RP e concomitante construção do modelo de Atenção Psicossocial no Brasil levaram em consideração as proposições das Conferências Nacionais de Saúde Mental, realizadas em 1986, 1992, 2001 e 2010. O fato de a Atenção Psicossocial ter se tornado a política oficial do Ministério da Saúde permitiu a ampliação dos recursos financeiros para a área, do conjunto de instituições que atuam na perspectiva psicossocial e do número dos trabalhadores contratados para as novas instituições (Costa-Rosa, 2013). Esses fatos, somados ao já referido ativismo dos movimentos sociais e dos trabalhadores, favoreceram a construção de uma agenda política comprometida com um modelo de atenção integral, pautado pela defesa dos direitos dos usuários.

Tal agenda começou a tomar forma com a elaboração do Projeto de Lei 3.657/1989, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória. Na prática, ainda no final dos anos 80, foram implementados os primeiros serviços de saúde mental de base comunitária no Brasil, denominados Núcleos ou Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS).



Em 2001 foi finalmente promulgada a Lei da Reforma Psiquiátrica, sob número 10.216/2001. A Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001). Na sequência, houve a criação de novos serviços - como os Serviços Residencial Terapêutico (SRT), novos programas - como o Programa de Volta prá Casa (PVC), e de uma Política para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (PAIUAD).

Esta política, que inova ao trazer a integralidade no nome, compromete-se a superar um entendimento que associava o uso de drogas ao comportamento antissocial e/ou criminoso e um modelo de tratamento que tinha como único objetivo a abstinência. Para isso, aposta no aumento do grau de liberdade e de co-responsabilidade daquele que se está tratando, promovendo a construção de redes de suporte social (Brasil, 2003). Ou seja, com a RP e o reconhecimento da redução de danos, as drogas deixam de ser compreendidas como males em si, o que abre caminho para uma nova perspectiva de cuidado (Costa, 2022) – antimanicomial, territorial e integral, na medida em que enfoca as singularidades dos sujeitos e suas relações.

Passados dez anos da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS confere ainda mais importância à integralidade no âmbito da saúde mental, visto que um de seus objetivos gerais é garantir a articulação e integração dos pontos de atenção da rede no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (Brasil, 2011).

Outro de seus objetivos consiste na ampliação do acesso à Atenção Psicossocial da população, em especial das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e suas famílias (Brasil, 2011), a fim de derrubar as barreiras no acesso desses grupos tradicionalmente estigmatizados. O que possibilita reconhecê-los como seres multidimensionais, fato imprescindível para fazer valer a integralidade da atenção.

A RAPS é uma das Redes de Atenção à Saúde temáticas propostas pelo Ministério da Saúde, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). As Redes Temáticas são componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e sua



proposição foi seguida por outros movimentos institucionais, como o fortalecimento da Atenção Básica (AB) e do seu papel como ordenadora das redes. A proposição das Redes Temáticas desencadeou um processo institucional de formulação e gestão de políticas que buscassem superar uma tradição focal, especialista e fragmentada de programas (Souza; Teixeira, 2016). A escolha pela constituição de uma rede específica para a Atenção Psicossocial também mostra coerência com a necessidade de enfrentamento dos alarmantes dados epidemiológicos relativos à saúde mental que são reconhecidos atualmente, tendo como base o princípio da integralidade.

Como um dos componentes da RAPS, a AB tem a incumbência de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para usuários de álcool e outras drogas, em articulação com os demais pontos da rede. Além disso, como já foi referido, as equipes das ESF ou UBS têm o papel de coordenar o cuidado.

Já a Atenção Psicossocial Especializada, representada na Portaria pelas diferentes modalidades de CAPS, oferece cuidado às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, por intermédio de um Plano Terapêutico Singular (PTS) - construído pelos usuários, sua família e a equipe. Os CAPS têm base territorial, atuam de forma articulada com os outros pontos da rede e podem dividir a responsabilidade pela ordenação do cuidado com a AB (Brasil, 2011).

A Atenção de Urgência e Emergência é responsável pelo acolhimento, pela classificação de risco e pelo cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento/transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. A articulação com a AB ou com os CAPS se faz fundamental, para que estes intercedam nas situações que necessitem de outras modalidades de cuidado (Brasil, 2011).

No âmbito da Atenção Hospitalar, é oferecido tratamento para casos graves, através de internações de curta duração. Mais uma vez sublinha-se a importância de a internação ser integrada ao PTS (Brasil, 2011). Importante considerar, também no âmbito hospitalar, a relevância da oferta de cuidado em saúde mental como apoio às internações por diferentes motivos.

A Atenção residencial de caráter transitório oferece cuidados contínuos de saúde em ambiente residencial para usuários de substâncias psicoativas com



acentuada vulnerabilidade social, que demandam acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório (por até seis meses). Ao passo que as Estratégias de Desinstitucionalização, que incluem os SRT, acolhem egressos de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos) em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia. As estratégias incluem também o PVC, que provê um auxílio à reabilitação mensal (Brasil, 2011).

Por fim, o componente da Reabilitação Psicossocial constitui-se por iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais que promovam a formação e qualificação para o trabalho. Destaca-se também a importância de articular as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território, de modo a ampliar a autonomia, a contratualidade e a inclusão social de usuários da rede e seus familiares (Brasil, 2011).

A Portaria da RAPS enfatiza a necessidade de guiar o cuidado a partir da singularidade dos sujeitos, através dos PTS, bem como de dar a devida importância à articulação entre os profissionais e os serviços. A oferta de diferentes ações, em múltiplos pontos de atenção, de forma articulada, configura outro marco fundamental na consolidação da integralidade na Atenção Psicossocial.

Os avanços da RAPS refletem-se na instituição de uma rede mais plural, com maior número e diversidade de serviços implantados nas cinco regiões do país. Uma das razões que favoreceu essa expansão foi o fato de que, desde 2004, os recursos financeiros correspondentes ao pagamento de leitos psiquiátricos extintos deveriam ser reinvestidos pelo SUS nos serviços de saúde mental de base comunitária. Ainda assim, o financiamento nunca chegou a ser suficiente para dar conta da Atenção Psicossocial de um país populoso e de grandes dimensões como é o caso do Brasil.

De forma resumida, a integralidade avançou na Política de Saúde Mental em três frentes: (I) na criação e expansão dos serviços de base comunitária, cuja característica principal é o cuidado centrado na pessoa; (II) no fortalecimento da saúde mental na Atenção Básica e (III) na integração dos serviços em rede. Contudo, a despeito dessas conquistas, os últimos anos têm sido marcados por retrocessos, desencadeando um novo processo, conhecido como Contrarreforma.

Exemplo disso são as mais recentes mudanças perpetradas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Saúde Mental, bem como nas Diretrizes da



Política Nacional sobre Drogas, que desvelam o fortalecimento do modelo asilar. Isso fica evidenciado pela recente inclusão dos hospitais psiquiátricos e das Comunidades Terapêuticas (CT) na RAPS, de modo que o Ministério da Saúde não incentiva mais o fechamento de unidades de qualquer natureza. Ou seja, contrariamente ao que propunha o movimento da RP, o Governo Federal não pretende mais fechar leitos em hospitais psiquiátricos e redirecionar os recursos para a criação de serviços substitutivos, como também aumentou o valor repassado a estes dispositivos (Brasil, 2017).

Ainda que se ressalve que os hospitais psiquiátricos devem ser compreendidos como locais de tratamento, não de moradia, o incentivo às internações em instituições fechadas vai na contramão dos preceitos estabelecidos pelo Relatório Mundial de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicado em 2001. Dedicado à saúde mental, o relatório defendeu o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a prestação dos cuidados em saúde mental na comunidade (OMS, 2001). Ademais, instituições totais, a exemplo do hospital psiquiátrico, não atuam na lógica da integralidade, de modo que se avizinha um abalo na integração da RAPS.

Outro indicativo de uma Contrarreforma Psiquiátrica pode ser verificado na nova Lei sobre drogas nº 13.840/2019. Sob a justificativa de que há uma necessidade de atualização da legislação da política pública sobre drogas, reorganizou-se o aparato normativo sobre as drogas, a fim de orientar e regulamentar as ações no campo. Nessa perspectiva, a abstinência passou a ter protagonismo novamente no âmbito da assistência, sendo a redução de danos praticamente suprimida – em uma evidente contradição à PAIUAD. Com isso, instigam-se as internações involuntárias, reinstituindo a lógica manicomial e cada vez menos integral – tanto nos hospitais, quanto nas CT (Costa, 2022).

A coexistência entre os modelos tem sido denominada transição tecnológica. De um lado, tem-se o modelo contra hegemônico, que defende a reinserção social (pela ocupação dos espaços de lazer e trabalho), para além da assistência em saúde, e que ainda carece de investimentos financeiros. De outro, um modelo que privilegia as internações e que tem recebido voluptuosos repasses financeiros, justamente em um momento de contingenciamento e de subfinanciamento dos serviços públicos.



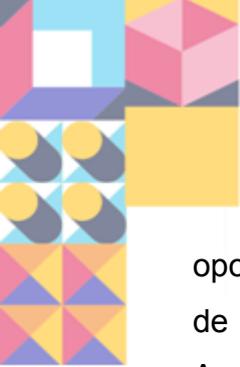
Esse cenário, somado à tendência crescente ao uso de práticas medicalizantes pelas equipes, têm comprometido sobremaneira a operacionalização da integralidade na RAPS, mesmo com todos os avanços alcançados. A superação destes fatos apresenta-se como um importante desafio da atualidade e os parágrafos finais deste ensaio fornecem algumas pistas de por onde agir.

Não obstante os mais recentes retrocessos, entende-se que a premissa de que o cuidado em saúde mental não constitui uma atribuição exclusiva dos serviços especializados está mantida. Não há porta única de entrada na RAPS. Os diferentes serviços integrantes da rede podem, e devem, estar preparados para acolher o sujeito em sua integralidade e têm o poder de fortalecer os PTS alinhados ao modo psicossocial.

Reconhece-se no acolhimento, no vínculo e na responsabilização práticas alinhadas à integralidade possíveis de serem utilizadas nos diferentes componentes da rede. O acolhimento representa a primeira oportunidade de efetivação das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos. O vínculo, ao aproximar quem presta serviço de quem o recebe, ajuda a produzir a responsabilização pelo cuidado. Tais tecnologias provocam mudanças nas relações de poder estabelecidas entre técnicos e usuários, de forma que a integralidade passe a representar uma oportunidade de colocar o usuário como sujeito de sua própria história (Gomes; Pinheiro, 2005).

Trapé *et al.* (2015) identificaram nas seguintes ações estratégias que favorecem a integração entre os serviços da rede na perspectiva da Atenção Psicossocial:

- A atuação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), agora denominados equipes eMulti, foi reconhecida por fazer frente à fragmentação entre AB e os CAPS;
- O apoio matricial foi destacado como um arranjo que promove tanto a integração entre os serviços, quanto a integralidade da assistência;
- A implantação das centrais de regulação, ao definir fluxos para a internação com base em critérios clínicos, qualifica os encaminhamentos e oferece suporte às equipes da AB e dos CAPS;
- A supervisão institucional das equipes apoia-as não só em seus processos de trabalho, como na organização de uma prática clínica que não compartimentaliza os casos.



Somadas, essas práticas têm o potencial de oferecer atenção humanizada, oportuna, em tempos e lugares certos – a exemplo do que se espera de uma rede de cuidados integral e integrada, em especial no campo da Atenção Psicossocial. Assim, lutar para que a RAPS não se desmantele é fundamental. Ademais, conferir visibilidade ao seu valor por meio de novos estudos e de pesquisas científicas é outra estratégia de especial relevância nesse momento histórico.

## Referências

ALVES, D. S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A., organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

BRASIL. Lei nº 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 20 set 1990; Seção 1:018055.

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 tecnoassistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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.

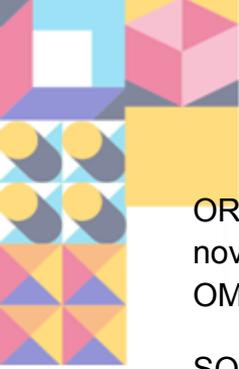
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva/ Coordenação Nacional de DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: 2003, 60p.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.569-584, 2003.

COSTA, P. H. A. “Museu de grandes novidades”: a nova-velha política antidrogas no Brasil. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v.14, n.39, p.01-25, 2022.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Reception and attachment: integral practices in health care administration in large urban centers. Interface - Comunic., Saúde, Educ., Botucatu, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago. 2005.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, OMS, Genebra: 2001.

SOUZA, T. P.; TEIXEIRA, R. R. Redes temáticas e a produção do comum: conflitos emergentes de uma nova institucionalidade. In: Pasche, D. F.; Souza, T. P. (Org.). Redes Estratégicas do SUS e Biopolítica: cartografia da gestão de políticas públicas. 1ed. Brasília/Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/CEPESC, v. 1, p. 29-40, 2016.

TRAPÉ T. L.; ONOCKO-CAMPOS R., GAMA C. A. P. Mental health network: a narrative review study of the integration assistance mechanisms at the Brazilian National Health System. Int J Health Sci, Madison, v. 3, p. 45-53, 2015.