

A IMPORTÂNCIA DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS NA VIDA DOS INDÍVIDUOS COM TRANSTORNOS MENTAIS¹

THE IMPORTANCE OF SUSTITUTE SERVICES FOR INDIVIDUALS WITH MENTAL DISORDERS¹

**Érika Priscila da Silva Guimarães²
Fernanda Kallyne Rêgo de Oliveira³**

RESUMO

A reforma psiquiátrica no Brasil substituiu o modelo hospitalocêntrico manicomial pela proposta de reinserção do usuário na comunidade, com os serviços substitutivos, sendo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) o principal equipamento nesse âmbito. Desta forma, tem como objetivo geral analisar os impactos dos serviços substitutivos na vida dos indivíduos com transtornos mentais. E como específicos: Conhecer como se deu a reforma psiquiátrica e os caminhos para a efetivação da saúde mental; Identificar os desafios da saúde mental no âmbito do SUS e Perceber como o serviço substitutivo CAPS, contribui para o processo de recuperação de seus usuários. Como percurso metodológico optou-se por uma revisão de literatura, e fundamentou-se em autores como: Amarante (1995); Luzio (2010); Barroso (2011); Bravo (1996), dentre outros e em bases de dados como: Scielo, EduCaps, Cress e Ministério da Saúde. Como resultado desse estudo evidenciou-se que apesar de alguns avanços, a saúde mental ainda tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, no novo fazer profissional, os avanços e recuos nas experiências de controle social. Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde.

Palavras chaves: Política de Saúde. Saúde Mental. Serviço Substitutivo.

ABSTRACT

The psychiatric reform in Brazil replaced the hospital-centered asylum model with the proposal of reintegrating the user into the community, with substitutive services, with the Psychosocial Care Center (CAPS) being the main equipment in this area. Thus, its general objective is to analyze the impacts of substitutive services on the lives of individuals with mental disorders. And as specific: To know how the psychiatric reform took place and the ways for the effectiveness of mental health; Identify the challenges of mental health within the SUS and understand how the CAPS substitute service contributes to the recovery process of its users. As a methodological approach, a literature review was chosen, based on authors such as: Amarante (1995); Luzio (2010); Barroso (2011); Bravo (1996), among others and in databases such as: Scielo, EduCaps, Cress and the Ministry of Health. As a result of this study, it was shown that despite some advances, mental health has still encountered notorious difficulties for its effectiveness, such as the unequal access of the population to health services, the challenge of

¹ Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Potiguar, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social, em 2022.

² Graduanda em Serviço Social pela Universidade Potiguar – E-mail: herikapriscila1811@gmail.com

³ Professora-Orientadora. Docente na Universidade Potiguar – E-mail: fernandakallyne@unp.br

building practices based on integrality, the dilemmas for achieving equity in the financing of the sector, in the new professional practice, advances and setbacks in the experiences of social control. All these issues are examples of how the construction and consolidation of the principles of Health Reform remain as fundamental challenges in the contemporary health policy agenda.

Keywords: Health Policy. Mental health. Substitute Service.

1 INTRODUÇÃO

Discutir acerca da saúde mental desde sua gênese sempre foi desafiador, e na conjuntura atual, torna-se cada vez mais complexo, pois mesmo que estudos apontem para uma consolidação de conceitos, entendimentos e práticas, a humanidade tem diariamente enfrentado o desafio de sobreviver a doenças mentais que também são oriundas do sistema capitalista vigente, e tem alcançando cada vez mais os indivíduos, deixando sequelas e danos em suas vidas.

As práticas de Saúde Mental vêm sofrendo inúmeras transformações do decorrer do tempo, influenciadas por dois paradigmas: um asilar e outro de atenção psicossocial. O modelo asilar, alvo de críticas e superações, tem suas bases pautadas na ênfase de problemas de determinações orgânicas, desconsideração da subjetividade do indivíduo e das redes sociais que o cercam (família, comunidades), prática de um sistema obsoleto e fechado baseado no asilo como instituição típica, predomínio do saber médico em detrimento das demais áreas, dentre outras (BOTTI, 2004).

O modelo de atenção psicossocial, por sua vez, procura superar o modo asilar. Propõe que a pessoa em sofrimento mental não seja isolada, mas reinserida no mundo social, por meio da reabilitação psicossocial com a consideração dos inúmeros fatores biopsicossociais, culturais e espirituais, do uso de diversas tecnologias de cuidado, da integração do indivíduo como sujeito de sua história, da incorporação da família, comunidade e equipe multidisciplinar como sistema de apoio dentro das intervenções que proporcionem atenção integral ao indivíduo (VALADARES, 2003).

No Brasil, algumas das propostas da Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, centram-se na qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar de serviços com assistência humanizada, como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG); inclusão das ações da saúde mental na atenção básica e a reinserção social de pacientes longamente institucionalizados na família e na comunidade, além da Reabilitação Psicossocial (AMARANTE, 2008).

Assim, a atenção psicossocial prestada pelos CAPS pressupõe um acolhimento dos sujeitos com sofrimento psíquico e transtorno mental, um conjunto de ações que visam à substituição da lógica manicomial como base de sustentação teórica para o cuidado em saúde mental e do modo asilar como paradigma das práticas dominantes (OLIVEIRA, 2009).

Para tanto, os estudos voltados para a temática da saúde mental faz-se de suma importância, pois o acometimento de transtornos mentais vem avolumando progressivamente ao decorrer dos anos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 720 milhões de pessoas sofrem com doenças mentais em todo o mundo - aproximadamente 10% de toda a população mundial. Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) no Brasil, se somados todos os transtornos mentais, incluindo os relacionados com álcool e drogas, pelo menos 30% da população apresentou alguma condição no último ano. Segundo dados preliminares de 2020, de janeiro a julho foram realizados 165.562.84 atendimentos de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e em estabelecimentos da Atenção

Primária à Saúde (SASP, 2020). Contudo, justifica-se a importância deste estudo pelo fato de ser necessário conhecer as ações estratégicas desenvolvidas e trabalhadas pelos CAPS, que com seus acolhimentos e projetos terapêuticos singulares visam promover a cidadania e autonomia de seus usuários, bem como a autoestima, o estímulo à modificação de suas atitudes, que levam a melhorias na sua vida de forma digna, trazendo benefícios para si e para seus familiares.

Dessa maneira, o objetivo geral dessa pesquisa é analisar os impactos dos serviços substitutivos na vida dos indivíduos com transtornos mentais. E como específicos: Conhecer como se deu a reforma psiquiátrica e os caminhos para a efetivação da saúde mental; Identificar os desafios da saúde mental no âmbito do SUS e Perceber como o serviço substitutivo CAPS contribui para o processo de recuperação de seus usuários.

Assim, o presente trabalho refere-se à uma revisão literária, embasando-se teoricamente das discursões envolvidas a temática da importância dos serviços substitutivos na vida dos indivíduos portadores de transtornos mentais. Como percurso metodológico optou-se por uma revisão de literatura, e fundamentou-se em autores como: AMARENTE (1995); LUZIO (2010); BARROSO (2011); BRAVO (1996), dentre outros e em bases de dados como: Scielo, EduCaps, Cress e Ministério da Saúde.

A pesquisa será realizada de forma bibliográfica tem como característica principal a sistematicidade com a qual o material bibliográfico é coletado e analisado, o embasamento teórico será abordado nos tópicos: A reforma psiquiátrica e os caminhos a efetivação da saúde mental; Política de saúde mental: os desafios da saúde mental no âmbito do SUS; Serviços Substitutivos: CAPS; Olhar acerca do trabalho realizado no CAPS II no processo de recuperação e seus usuários.

2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS CAMINHOS PARA A EFETIVAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Para uma compreensão acerca da Reforma Psiquiátrica, necessário se faz um processo de rupturas discursivas que refletem na forma de pensar e praticar o cuidado nos territórios e serviços de saúde. Falar de sua história não é tarefa fácil, pois esta é constituída a partir de várias narrativas e diversas dimensões que esbarram no campo da ética e da epistemologia, se aproximando e distanciando de acordo com os moldes do solo em que germina (BROGNOLI, 2016).

Assim, o início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BROGNOLI, 2016).

De acordo com Gina Ferreira (2006), esse momento se constituiu enquanto um processo complexo envolvendo as esferas sociais, políticas e econômicas, na década de 70. Período o qual estava em efervescência um importante marco histórico na história brasileira: a Ditadura Militar. Marcado por restrições ditatoriais, principalmente quanto a novas mudanças sociais e a liberdade de pensamentos e expressões. Contraditoriamente esta época desencadeou ações de resistências e lutas, emergidas pela sociedade civil e movimentos sociais organizados. A Reforma Psiquiátrica acompanhou o processo de abertura política e democrática do País.

Entende-se dessa forma que a saúde mental no Brasil se constitui um campo de muito conservadorismo. A lógica manicomial-hospitalocêntrica, isto é, aquela que trata a pessoa com sofrimento mental apenas com recursos medicamentosos e abordagens asilares, vem perdendo hegemonia com o passar dos anos no Brasil. O processo de constituição da Reforma Psiquiátrica é o processo de duras críticas àquele modelo da psiquiatria e instituições psiquiátricas

tradicionais. Esse processo desembocou em grandes conquistas para os movimentos sociais vinculados a luta antimanicomial. Entretanto, logo após o deleite da vitória novas batalhas foram desenhadas no cenário sociopolítico do Brasil, tendo em vista que setores profundamente prejudicados com a lógica da desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos – pauta defendida pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, se articulam politicamente em defesa de um projeto neoliberal de sucateamento da Política de Saúde Mental (MAGALHÃES, 2016).

Importa ressaltar que o ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2002).

A constituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), tornou-se o primeiro sujeito coletivo com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica. É importante observar que, neste momento, pouco se utilizavam os termos saúde mental ou reforma psiquiátrica. Em 1978, o MTSM se aproximou do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), passando a organizar Comissões de Saúde Mental em alguns dos estados onde a entidade era mais presente (RJ, SP, MG, BA). O relatório elaborado pela comissão do Rio de Janeiro viria a ser apresentado no I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados, no mesmo dia em que o CEBES apresentou o documento “A questão democrática na área da Saúde”, no qual foi apresentada a proposta de um Sistema Único de Saúde (CEBES, 1980).

Durante muitos anos, a base do tratamento psiquiátrico nos países ocidentais foi baseada na internação por tempo indeterminado em manicômios (SARACENO, 2001). A adoção do modelo manicomial baseou-se filosoficamente no alienismo, defendido pela Revolução Francesa, para quem a internação nos manicômios ofereceria às pessoas sem condições civis um espaço em que não seriam excluídas por não seguir a forma normativa de pensamento. Como espaço de cura pela Razão e de não julgamento social, o manicômio permitiria ao alienado exercer sua liberdade, tornando-se novamente sujeito de direito (AMARANTE, 1995).

A superação do modelo manicomial encontra ressonância nas políticas de saúde do Brasil que tiveram um marco teórico e político na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), culminando na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001). Observa-se, na reforma psiquiátrica brasileira, nas últimas décadas, intercalação de períodos de intensificação das discussões e de surgimento de novos serviços e programas, com períodos em que ocorreu uma lentificação do processo. Historicamente, podemos situar as décadas de 1980 e 1990 como marcos significativos nas discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país (FARIA, 1997).

No ano de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde indicou a necessidade de uma reforma mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde, sua correspondente ação institucional, a universalização do acesso e o fortalecimento do setor público (FARIA, 1997).

Um marco histórico para o setor de saúde mental, possibilitador de mudanças ao nível do Ministério da Saúde, foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. Neste encontro, no qual o Brasil foi representado e signatário, foi promulgado o documento final intitulado “Declaração de Caracas”. Nele, os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometem-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital

psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário (OMS/OPAS; 1990).

O Movimento Sanitário começa a elaborar suas bases teóricas no interior das faculdades de medicina preventiva de São Paulo e relativamente articulado com o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Participaram algumas universidades, alguns partidos políticos e o movimento sindical, basicamente de médicos. Ainda, serviram de base os movimentos sociais em saúde (compostos basicamente pelo movimento popular em saúde e o movimento médico). A Reforma Sanitária brasileira inspirou-se na experiência de formulação e implementação de políticas de saúde em curso na Itália. (KRÜGER, 1998). Os reformistas buscavam a universalização do direito à saúde, a unificação dos serviços prestados pelo Inamps e a integralidade das ações. No Brasil, crescia o debate sobre o direito à saúde, em um sentido mais amplo, significava a garantia de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação em todos os níveis, assegurado pelo Estado (KRÜGER, 1998).

O movimento da Reforma Sanitária vem apresentar questões que tinham como propósito a transformação do modelo vigente do setor saúde, buscando ultrapassar as questões específicas, trazendo, como pano de fundo, a luta pela construção de uma sociedade democrática. O movimento sanitário se constituiu num movimento contra hegemônico, questionador do sistema de saúde daquele período (BRAVO, 1996). Esse movimento trazia consigo uma nova concepção de saúde, entendida como resultado das condições de vida da população, ultrapassando o mero conceito de saúde como ausência de doença.

Em 1988 é promulgada a Constituição do Brasil, denominada Constituição Cidadã, sendo um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública. Nesta Carta a saúde foi reconhecida como direito todos e obrigação do Estado e devendo se organizar para prestar assistência por meio de um Sistema Único de Saúde – SUS.

No Brasil, a criação do SUS, em sintonia com a Constituição Federal de 1988, preconiza a universalização do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da atenção, a equidade e a hierarquização dos serviços, em um contexto descentralizado e municipalizado. Com mecanismos de descentralização e cogestão em sua organização, o SUS contemplou em suas diretrizes os princípios da reforma psiquiátrica, incluindo o processo de desospitalização e a garantia dos direitos de cidadania dos doentes mentais (VASCONCELOS, 1995).

Ainda em 1988, é criado o Sistema Único de Saúde e apenas em 1989, surge o primeiro Projeto de Lei de autoria do deputado Paulo Delgado (PT/MG), no qual seu objetivo era instituir parâmetros de direitos as pessoas com transtorno mental e a supressão paulatinamente dos manicômios no Brasil. A lei Paulo Delgado 3.657/1989, que se tornou um marco na construção histórica da Reforma Psiquiátrica, foi publicada em 12 de setembro de 1989, e teve como pauta:

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

Em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde – Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990a), que legitima o SUS e refere a integralidade como “conjunto articulado e contínuo das ações e

serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Nessa lei, definiram-se os princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade. Definiram-se também princípios organizativos: regionalização e hierarquização, descentralização e participação dos cidadãos (BRASIL, 1990a). Por meio do artigo 198 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), o SUS integra a descentralização do poder de execução (da União e dos Estados para os municípios) e a participação da comunidade por meio de conferências e conselhos de saúde. A primeira gera a ideia de um sistema administrativo capaz de atender à diversidade de um país continental, ampliando a autonomia dos municípios para o gerenciamento das ações em saúde. A segunda, definida na Lei n. 8.142/90 (BRASIL, 1990b), orienta a formulação de estratégias e o controle da execução das políticas de saúde, tendo em vista a democracia representativa (MORAES, 2006).

A implantação dos serviços substitutivos intensificou-se a partir de 1992 (VIDAL et al., 2008). Entre 1991 e 1992, foram aprovadas as portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde, que criaram uma possibilidade até então inexistente para o Sistema Único de Saúde: a de financiar programas de assistência extramuros para os portadores de transtorno mental e seus familiares, tais como programas de orientação, lares abrigados, Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS), entre outros (AMARANTE, 1995). A portaria 224/92 oficializou, ainda, as normas de funcionamento dos CAPS, especificando suas atribuições e diferenciando os tipos de CAPS por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 1992).

Em janeiro de 1992, foi implantado, ainda, o Programa de Apoio à Desospitalização (PAD), como estratégia governamental para a desativação maciça de leitos psiquiátricos (DELGADO et al., 2007). O PAD previa que pacientes internados por longos períodos poderiam voltar para suas famílias de origem ou outras que os acolhessem. Previa, também, o repasse de um salário mínimo e meio às famílias que recebessem os pacientes desospitalizados (ANDREOLI, 2007). Este dinheiro, que seria retirado do montante poupado com a desativação dos leitos psiquiátricos, poderia ter colaborado grandemente para a reinserção social dos pacientes. Infelizmente o PAD nunca foi concretizado, explicitando uma contradição entre o previsto na política de saúde mental do Governo e sua real execução (LOUGON, 2006).

Em 2000, por meio da portaria 106/2000, criou-se outro importante serviço substitutivo, as residências terapêuticas, para abrigar pacientes psiquiátricos desospitalizados que, por algum motivo, não pudessem voltar para suas famílias (BRASIL, 2000). Com o desenvolvimento dos serviços substitutivos e a demora da tramitação do projeto de lei de reforma psiquiátrica, o movimento dos profissionais de saúde e as manifestações sociais se intensificaram.

Somente após 12 anos de tramitação foi promulgada a Lei Federal nº 10.216 de 2001, que evidencia o sentido mais profundo do cuidado. Como substantivo, adjetivo ou interjeição é zelo dos preocupados, esmero, precaução, advertência para o perigo, vigilância, dedicação, encargo, lida, proteção. Atenção, tomar conta, acolher. Cuidado é o princípio que norteia essa lei. Evoluir a clínica, fazer do intratável o tratável. É essencial o apoio social e familiar que influencie comportamentos, mude hábitos, confronte preconceitos, classificações, nosologia, catálogos de interdições. Dedicada a cidadãos enfermos vistos como sem vontade, liberdade, autonomia porque foram colhidos pelo mal de viver. Não é a doença mental que a lei questiona, mas a maneira de tratá-la. A sociedade cria e recria normas para definir o que rejeita e o que consagra. Também conhecida como Lei Paulo Delgado. Essa Lei, que oficializou o atendimento psiquiátrico comunitário no Brasil, dispôs sobre o tratamento mais humanizado, a proteção às pessoas com transtornos psiquiátricos, a preferência pelos serviços comunitários sobre a internação, a implantação em todo o território nacional de serviços substitutivos, as bases de funcionamento desses serviços e a regulamentação das internações compulsórias. Além dos CAPS, previu-se a implantação de ambulatórios de saúde mental, NAPS, residências

terapêuticas, hospitais-dia, unidades de psiquiatria em hospitais gerais, lares protegidos e centros de convivência e cultura (BRASIL, 2001). Previram-se também a criação de oficinas de trabalho protegido, unidades de preparação para a reinserção social dos pacientes e serviços para o atendimento às famílias (TENÓRIO, 2002).

O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na perspectiva do uso de mecanismos de gestão para sua implantação e avanço, pode ser compreendido em três períodos: o primeiro, de 1992 a 2001, em que houve a implementação de estratégias de desinstitucionalização, por meio das primeiras normas que possibilitavam experiências de humanização e controle da hospitalização, ampliação da rede ambulatorial em saúde mental e início do financiamento e implantação dos novos serviços substitutivos; o segundo, de 2000 a 2002, marcado pela aprovação da Lei 10.216 de 2001 e pela expansão da rede de atenção psicossocial, com financiamento para implantação de dispositivos de desinstitucionalização e início da expansão da agenda política para novos problemas a serem enfrentados, como a questão das crianças e adolescentes e o abuso de drogas; e o terceiro, de 2003 até a atualidade, marcado pela consolidação da hegemonia reformista, com projetos específicos para situações específicas, como o Programa de Volta para Casa e maior articulação de políticas intersetoriais (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/01, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, isto é, garantindo a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços e pela cidade, e oferecendo cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Tem como objetivos: reduzir de forma pactuada e programada os leitos psiquiátricos de baixa qualidade; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG); incluir as ações da saúde mental na atenção básica; implementar uma política de atenção integral voltada a usuários de álcool e outras drogas; implantar o Programa de Volta Para Casa; manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica; garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superar o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (BRASIL, 2011).

Para além de uma simples desospitalização, o projeto de Reforma Psiquiátrica brasileira carrega consigo o objetivo de desinstitucionalizar os usuários dos serviços de saúde mental. Para este fim, há a necessidade de uma reestruturação e descentralização dos equipamentos hospitalares, na tentativa de tensionar os modelos de atenção e gestão das práticas em saúde para pensar o atendimento aos pacientes em uma rede composta por serviços substitutivos e territorializados, tangenciando o individual e o coletivo, a clínica e a política (GONÇALVES; BARROS, 2013)

Rotelli (2009), vê a desinstitucionalização como um trabalho prático de transformação que contempla: a ruptura do paradigma clínico e a reconstrução da possibilidade, probabilidade; o deslocamento da ênfase no processo de “cura” para a “invenção de saúde”; a construção de uma nova política de saúde mental; a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global; a construção de estruturas externas totalmente substitutivas à internação no manicômio; a não-fixação dos serviços em um modelo estável, mas dinâmico e em transformação; a transformação das relações de poder entre a instituição e os sujeitos; o investimento menor dos recursos em aparatos e maior nas pessoas. O projeto de desinstitucionalização busca a reconstrução do objeto (enquanto sujeito histórico) que o modelo tradicional reduziu e simplificou (causalidade linear doença/cura – problema/solução). Mas para alcançar este objetivo, faz-se necessário que as novas instituições estejam à altura do objeto

que está em constante reconstrução na sua existência – sofrimento: esta é a base da instituição inventada.

Com o fenômeno da desospitalização, surgem novos serviços, denominados de CAPS e Hospitais-Dia. Tais serviços são caracterizados como estruturas intermediárias entre a internação integral e a vida comunitária; são impulsionados pelos projetos de reforma psiquiátrica, que vêm sendo implementados em grande parte dos Estados brasileiros. E a partir destes marcos, passou-se a privilegiar a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, quais sejam: redes de atenção à saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, residências terapêuticas, respeitando-se as particularidades e necessidades de cada local (VASCONCELOS,1995).

As necessidades da saúde mental são indissociáveis das demais necessidades em saúde, então, a saúde mental é também a saúde como um todo (ALVES, 2001). Assim, a Reforma Psiquiátrica, referem-se à busca pela garantia do direito à vida em liberdade, ao trabalho, ao respeito e a quantas mais sejam as necessidades de qualquer cidadão. Necessidades negadas por séculos às pessoas em sofrimento psíquico grave. Então, assim como se devem considerar as necessidades dos usuários de saúde mental como as de qualquer outro cidadão, deve-se, ao mesmo tempo, distingui-lo não por uma doença, mas por seus modos diferentes de ser que lhe acarretaram, por séculos, a negação de muitos direitos básicos. Por isso, o esforço de primar pela realização de práticas de integralidade, para que se passe a considerar as necessidades de cada um conforme suas especificidades, apagando os estigmas e preconceitos que se desenvolvem em torno das diferenças. Souza Santos (2006) auxilia na reflexão sobre as necessidades em saúde mental, no momento em que indica que se deve lutar pela igualdade quando a diferença inferioriza as pessoas, mas que se deve lutar pela diferença quando a igualdade as descaracteriza.

A lutas travadas no processo da reforma psiquiátrica brasileira buscavam quebrar as barreiras tradicionais dos serviços de atendimento à saúde mental, objetivava o rompimento com o saber/fazer tradicional da psiquiatria e a construção de um novo saber/fazer baseado nos princípios ético-políticos do doente mental como cidadão, e assim, foram essas metas que nortearam a reforma psiquiátrica. Dentro do que preconiza por meio do SUS, a política de saúde mental, como discutida no tópico a seguir.

3 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: Os desafios da saúde mental no âmbito do SUS

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1980, com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. O movimento foi impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e alimentou-se das experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial. Nas últimas décadas, esse processo de mudança se expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2013).

Importa ressaltar que o SUS vigente no Brasil foi resultado desse movimento social, a partir do qual, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social. Foram formulados os princípios de universalidade, integralidade de assistência, participação da comunidade e descentralização político administrativa, considerados princípios fundamentais do SUS. A Constituição Federal (CF) de 1988, em seu artigo nº 196, assegura que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços

para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, Art.196). Juntamente com as Leis 8.080/90 de 19 de setembro de 1990, também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde e que dispõe principalmente sobre a organização e regulação das áreas e serviços de saúde em todo território nacional (Brasil, 1990), e a 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990 compõem o arcabouço legal da saúde (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil, e representou um importante ponto de inflexão na evolução institucional do país, bem como determinou um novo arcabouço jurídico-institucional no campo das políticas públicas em saúde. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, o SUS parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde (NORONHA, 2008).

Desta forma, o desenvolvimento da política de saúde mental no Brasil esteve estreitamente associado à criação do SUS, à descentralização da administração da saúde no país, à mobilização de profissionais e a mudanças sociais e culturais da sociedade brasileira. Para tanto, o sistema psiquiátrico, naquele momento, era baseado principalmente em muitos hospitais psiquiátricos, caracterizados por baixa qualidade de cuidados e ocorrência frequente de violações dos direitos humanos, era escandalosamente arcaico (CALDAS, 2010).

Contudo, a aprovação de leis estaduais alinhadas com esses princípios ao longo da década de 1990, reflete o progresso desse processo político de mobilização social não só no campo da Saúde, como também no conjunto da sociedade. Normativas federais passam a estimular e regular a nascente rede de serviços de base territorial (BRASIL, 2013). Assim, a conjuntura política de implementação do SUS nos anos 1990 e 2000 foi permeada por reformas estruturais na Seguridade Social ditada pela lógica neoliberal, que tende a não realização e mesmo a ruptura do direito universal à saúde. De modo que as contrarreformas iniciam-se na década de 1990, e se intensificam no decorrer do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC). Este governo ignorou o marco legal da saúde (Constituição Federal de 1988 e Leis 8.080/90 e 8.142/90) como direito fundamental de todos e obrigação do Estado, provocando o desfinanciamento, recentralização das decisões e recursos e a não implantação do plano único de carreira, cargos e salários para os funcionários do SUS. Com isto, foi efetivado um conjunto de privatizações estatais e investiu-se no fortalecimento dos planos privados de saúde como alternativa ao atendimento disponibilizado na rede pública. A redução do orçamento da União destinado à saúde pública tende à inviabilização da assistência integral e universal disponibilizada pelo SUS a todos os brasileiros. Por consequência houve o fortalecimento dos planos privados de saúde se comparado ao crescimento do SUS (ALCOFORADO e MORAIS, 2008).

Por tanto, foi publicada em fevereiro de 2000, a Portaria n.º 106/2000, propondo a criação, no âmbito do SUS, de serviços residenciais terapêuticos. Como uma estratégia de inserção social, as residências terapêuticas devem constituir

uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual n.º. de leitos naquele hospital, realocando o recurso da autorização de internação hospitalar (AIH) correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em Saúde Mental (BRASIL, 2000, p. 49).

Essa portaria exige igualmente um projeto terapêutico centrado nas necessidades do usuário da Saúde Mental, com o objetivo de desenvolver sua autonomia em sua vida cotidiana e sua consequente reinserção social, bem como garantir os direitos dos usuários em geral, estabelecendo, ainda, normas e critérios para a inclusão desses serviços no SUS (BRASIL, 2000).

Na década de 2000, com financiamento e regulação tripartite, amplia-se fortemente a rede de atenção psicossocial (RAPS), que passa a integrar, a partir do Decreto Presidencial nº 7508/2011, o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde. Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros (BRASIL, 2013).

Em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional, é sancionada a Lei nº 10.216 que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Os princípios do movimento iniciado na década de 1980 tornam-se uma política de estado (BRASIL, 2013).

Ainda em 2001 aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília. O relatório final é extenso e a leitura de seus itens já demonstra a complexidade em que se transformou o campo da Reforma Psiquiátrica. Os aspectos mais importantes e as questões mais polêmicas estão contemplados em suas páginas, tais como: a reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde; política de recursos humanos, salientando a relevância da formação e a valorização e importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar; acessibilidade, reafirmando a meta de garantia de equidade de acesso a todos os serviços de saúde do SUS aos portadores de transtorno mental, incorporando-a nas agendas de saúde e na programação das ações de saúde; direitos e cidadania, ressaltando a prioridade para a formulação de políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando, desse modo, o exercício de cidadania plena, no lugar de iniciativas tutelares, além de propostas sobre financiamento e controle social (BRASIL, 2002).

No período de 2002 a 2006, diversas outras portarias foram publicadas, e, consolidando o programa das residências terapêuticas, foi promulgada a Lei 10.708/2003, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas acometidas de transtornos mentais egressos de internações. Também destacamos: a Portaria 52/2004, que dispõe sobre o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica, no SUS, e reafirma a política de redução de leitos (BRASIL, 2004); a Portaria GM 245/2005, que cria um incentivo financeiro para os municípios que estão implantando o CAPS (BRASIL, 2005); a Portaria Interministerial 353/2005, que nomeia o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária; a Portaria 1174/2005, que institui o Programa de Qualificação dos CAPSs, possibilitando que a equipe pudesse contar com supervisão clínico institucional; a Portaria 678/2006, que institui a Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços da rede pública de saúde mental do SUS (BRASIL, 2006a); e por fim, a Portaria Interministerial 3347/2006, que cria o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental (BRASIL, 2006).

Essas recentes portarias demonstram que a construção da política pública de saúde mental, por um lado, está se ampliando, com uma preocupação com a qualificação das equipes e com a redução dos leitos psiquiátricos, e por outro, vai se tornando cada vez mais complexa, apontando para ações que transcendem o âmbito da saúde. O novo modo de cuidado na saúde mental deve orientar-se pela superação do paradigma doença/cura e colocar entre parênteses a doença mental (o diagnóstico e todo o aparato de tratamento do modelo psiquiátrico), entrando

em contato com o sujeito para conhecê-lo em sua experiência-sofrimento, com a finalidade de possibilitar seu reposicionamento no mundo, considerando-se sua dimensão subjetiva e sociocultural (ROTELLI, 2001).

Os progressos verificados no processo de desinstitucionalização foram muito significativos. Entre 2001 e 2014, verificou-se uma drástica redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos: de 53.962 em 2001 para 25.988 em 2014. Essas mudanças haviam, na realidade, começado na década anterior, quando as auditorias realizadas pelas autoridades levaram ao encerramento de inúmeros hospitais psiquiátricos que não atendiam aos requisitos mínimos estabelecidos ou que haviam sido objeto de denúncias de violações de direitos humanos (OSWALDO e CALOUST, 2015).

No decorrer desse processo, recursos financeiros significativos da rede hospitalar foram realocados para serviços comunitários: no período em questão, o orçamento para atendimento hospitalar psiquiátrico foi reduzido de 95% do total para menos de 30%, possibilitando assim o financiamento dos serviços substitutivos na comunidade, que se tornou quinze vezes maior do que no período anterior (OSWALDO e CALOUST, 2015).

Os progressos alcançados são indiscutíveis. Porém, como concluiu a avaliação realizada em 2015, “o processo brasileiro da Reforma, ainda que indique avanços substanciais, está longe de ser considerado plenamente exitoso” (OSWALDO e CALOUST, 2015 p.7). Por outro lado, os dados disponíveis mostram que, “apesar de todos esses avanços, se verificaram diversas fragilidades na implementação da política e, em 2015, continuavam a subsistir vários desafios de base” (OSWALDO e CALOUST, 2015, p.7).

Verificaram-se fragilidades relevantes com relação a financiamento. Embora direcionado corretamente para os serviços comunitários, o financiamento tem sido considerado, por muitos, insuficiente para a implementação plena de diversos componentes da reforma (CALDAS, 2010).

Existe hoje um largo consenso em nível internacional sobre a grande importância de assegurar a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede integrada e territorial de serviços comunitários. Esse é um dos quatro objetivos fundamentais do Plano Global de Saúde Mental da OMS, e o relatório da *Lancet Commission* recomenda explicitamente que o encerramento de hospitais psiquiátricos deverá ser iniciado pelos países de renda baixa, consolidado, nos de renda média e completado nos de renda alta. Interromper essa substituição e voltar a colocar o hospital psiquiátrico no centro do sistema de saúde mental, resultará inevitavelmente na diminuição do acesso à atenção de qualidade, no aumento das violações dos direitos humanos e no aumento da exclusão social das pessoas com transtornos mentais. Todos os esforços de redistribuição dos recursos financeiros serão anulados, e os recursos disponíveis para serviços na comunidade certamente se tornarão cada vez mais escassos (CALDAS, 2010).

A experiência do Brasil na implementação de uma política de saúde mental levou a uma profunda transformação do sistema nacional de saúde mental e a melhorias significativas na acessibilidade e qualidade dos cuidados dessa área (CALDAS, 2010). Ainda corroborando das mesmas ideias do autor, afirma que apesar de todos os progressos alcançados, subsistem ainda desafios importantes, e só poderão ser enfrentados se for possível definir uma política centrada nas necessidades prioritárias das populações, baseada no conhecimento científico mais atualizado e alinhada com os instrumentos internacionais de direitos humanos. É necessário, ao mesmo tempo, envolver na sua implementação todos os atores relevantes do campo da saúde mental.

Entretanto, a política pública de saúde tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social. Todas essas

questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde.

3.1 Serviços substitutivos: CAPS.

Atualmente os transtornos mentais e comportamentais atingem cerca de 450 milhões de pessoas no mundo, condicionando-as a serem vítimas de violação de direitos humanos, isolamento e exclusão social, baixa qualidade de vida além dos elevados custos econômicos e sociais (BARRETO, 2009).

Por tanto, o modelo psicossocial encontra-se em processo de consolidação em oposição ao asilar, o que tem repercutido na organização e nas intervenções do cuidado oferecido aos usuários dos serviços de saúde mental, pois há uma mudança no foco do atendimento, que deixa de ser unicamente na doença e passa a ser no sujeito em sofrimento psíquico (BARRETO, 2009).

Os novos dispositivos substitutivos ao manicômio consistem em serviços de atenção diária, abertos, com livre acesso aos usuários, familiares e sociedade e estão pautados no atendimento territorializado, enfatizando a importância da inclusão da família no tratamento e na reabilitação, orientando o cuidado ao sujeito que sofre psiquicamente, respeitando sua subjetividade (BARRETO, 2009).

Evidenciase que o primeiro CAPS do Brasil foi criado em 1987, na cidade de São Paulo e, em 1989 foram criados, em Santos, os Núcleos de Apoio Psicossocial (Naps), com atenção 24 horas. Nos anos que se seguiram, os CAPS foram implementados em vários municípios do País e consolidaram-se como dispositivos estratégicos para a superação do modelo asilar no contexto da reforma psiquiátrica, e para a criação de um novo lugar social para as pessoas com a experiência de sofrimento, decorrentes de transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e de outras drogas (BRASIL,2002).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, existem no país 918 CAPS em funcionamento, 120 deles voltados, exclusivamente, ao atendimento de dependentes de álcool e drogas. Os CAPS, os 475 serviços residenciais terapêuticos e os 350 ambulatoriais, ao lado dos 36 Centros de Convivência e Cultura e do Programa de Volta para Casa e Inclusão Social pelo Trabalho, compõem a rede extra hospitalar que substitui, aos poucos, o atendimento prestado pelos hospitais psiquiátricos no Brasil (BRASIL,2002). O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, cuja severidade ou persistência justifiquem sua constância num dispositivo de cuidado especializado e comunitário, realizando acompanhamento clínico e a reinserção familiar e social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer e exercício dos direitos civis e autonomia (DRUMMOND, 2009).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substituídos ao modelo asilar (BRASIL, 2011). Nessa perspectiva, opera nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolvem a vida cotidiana de usuários e de familiares e constituem-se como um “lugar” na comunidade. Lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares (BRASIL, 2005).

Destacasse ainda que os CAPS têm papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos

usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios.

Realçasse que o cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo, em sua construção, a equipe, o usuário e sua família; a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011). Assim a busca ativa, visita domiciliar, assistência farmacêutica, bem como tratamento psicoterápico individual e em grupo, abordagem à família, abordagem social e oficinas terapêuticas são alguns dos recursos utilizados para minimizar o sofrimento psíquico intenso de seus usuários, promover sua autonomia e estimular a inserção social. Desta maneira, o trabalho é realizado por equipe multiprofissional, que dialoga constantemente com outros serviços da saúde e com outros setores (educação, assistência social, justiça, igrejas, dentre outros), garantindo assim o cuidado integral, entendendo que o cuidado em saúde mental compreende os aspectos biopsicossociais e garantindo o direito dos usuários a uma assistência diversificada e ampliada (BRASIL, 2011). Consequentemente, as práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de “portas abertas”, acolhedor e inserido nos territórios das cidades, dos bairros. Os PTS, acompanhando o usuário, em sua história, cultura, projetos e vida cotidiana, ultrapassam, necessariamente, o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios (BRASIL, 2011).

Leão e Barros (2008) apresentam que, em pesquisa acerca das representações de funcionários de um CAPS sobre as práticas de inclusão social realizadas pelos serviços substitutivos em saúde mental, os participantes mencionaram a intersetorialidade como base para o desenvolvimento de práticas de inclusão social. A intersetorialidade foi compreendida como aspecto fundamental à construção da rede de cuidados e de atenção na saúde mental, principalmente no que diz respeito à inclusão social dos pacientes e à articulação entre os diferentes locais onde eles são atendidos.

A noção de intersetorialidade parte de um entendimento de saúde que considera as pessoas em sua totalidade, no sentido de demonstrar que ações resolutivas necessitam de parcerias entre diversos setores, como Educação, Trabalho, Habitação, Segurança. A partir disso, pode-se perceber que se trata de uma estratégia complexa que busca superar a fragmentação das diversas políticas e das diferentes áreas em que são executadas. O grande desafio é a articulação dos diversos setores na busca por soluções de problemas no cotidiano da gestão, através de decisões compartilhadas entre as instituições e os setores governamentais que produzam um impacto positivo sobre a saúde da população. Assim, torna-se impossível dissociar o conceito de intersetorialidade ao de rede, uma vez que a prática requer articulações, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações (BRASIL, 2009).

Assim, a rede é um conceito fundamental para a compreensão do papel do CAPS, já que este se torna um dispositivo estratégico para o cuidado com a Saúde Mental fora do hospital, articulado com a rede básica de saúde e com o território, em contato com comunidade do usuário (BRASIL, 2004).

Isso posto, é resultado da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que aconteceu em Brasília, em 2001, o que possibilitou todo um direcionamento a esse serviço e como consequência, uma nova portaria foi publicada, a 336/02, com importantes diferenças em relação à anterior: abandonou o termo NAPS, propondo um novo modelo de assistência, definindo o CAPS como “serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”; criou três diferentes tipos: “CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional”; o CAPS passou a ser o

articulador central das ações de saúde mental do município ou do módulo assistencial, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (LUZIO e YASUI, 2010).

Destarte, os CAPS I são os centros de menor porte, existentes em municípios entre 20.000 e 50.000 habitantes. Estes se utilizam de uma equipe mínima de nove profissionais; têm como usuários adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS II são os centros de médio porte e atendem a municípios com uma população com mais de 50.000 habitantes. Os usuários deste centro são os adultos com transtornos mentais severos e persistentes e contam com uma equipe mínima de 12 profissionais. O CAPS II pode, por sua vez, ser dirigido para o atendimento de adultos em geral ou para populações específicas, como infância e adolescência (CAPS i) ou para problemas ligados ao uso de álcool e outras drogas (CAPS ad). Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. São capazes de dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes. Os serviços disponibilizados são de grande complexidade, uma vez que funcionam 24 horas em todos os dias da semana, inclusive feriados. Com no máximo cinco leitos realizam acolhimento noturno quando necessário (internações curtas, de algumas horas a no máximo sete dias) (BRASIL, 2005).

As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, devendo estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes. As diferenças entre elas estão no seu horário de funcionamento e tamanho da equipe, além de se presumir que, nos municípios menores, as demandas deveriam ser menos complexas (LUZIO e YASUI, 2010).

Desta maneira como forma de elucidar o estudo em questão, no subtópico a seguir será abordado acerca do trabalho desenvolvido no CAPS, tipo II.

3.2 Olhar acerca do trabalho realizado no CAPS II no processo de recuperação e seus usuários.

O objeto deste estudo refere-se a um serviço aberto e comunitário de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses serviços se dão em um ambiente referencial de tratamentos para pacientes que sofrem com transtornos mentais, neuroses graves, psicoses e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem a necessidade de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (L'ABBATE, 2003).

O Centro de Atenção Psicossocial II atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes. Possui como equipe mínima: 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior (entre eles assistente social e psicólogo), 6 profissionais de nível médio (BRASIL, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), o CAPS II tem como função: oferecer atendimento diário, evitando internações; atender indivíduos portadores de transtornos graves de forma que este, ainda mantenha o vínculo com a família; introduzir esses indivíduos no ambiente social, auxiliar na atenção da saúde mental na rede básica; organizar a rede de atenção mental nos municípios, organizar estrategicamente a política e a rede de saúde mental da região; e promover a inserção do indivíduo por meio das atividades de lazer, exercícios e aproximação com a família (BRASIL, 2013).

Os programas terapêuticos desenvolvidos pela unidade de saúde mental, visam a conscientização do dependente/usuário do processo de autodestruição que ele se encontra e com isso buscar a melhora da autoestima, e, dos problemas mentais, além também de buscar um estímulo à modificação de suas atitudes para propiciar melhorias na sua vida de forma digna, trazendo benefícios para si e para seus familiares.

O Projeto Terapêutico Singular, segundo a Política Nacional de Humanização – PNH (2010) é um conjunto de propostas e terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado de uma discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário (BRASIL, 2010, p.40).

O PTS é utilizado nos espaços de saúde mental como um meio de proporcionar uma atuação integrada que leve em conta vários aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação no tratamento dos usuários. O conceito de PTS remonta e cristaliza as ideias propostas a partir da reforma psiquiátrica, articulando a um modo de fazer que respeite a singularidade do sujeito e que “desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe maior articulação interprofissional e a utilização das reuniões em equipe como um espaço coletivo e sistemático de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e corresponsabilização das ações com a horizontalização dos poderes e conhecimento” (BRASIL, 2013, p.57). O PTS deve ser centrado em todas as necessidades do paciente, sendo flexível e aberto às mudanças que ocorrem ao longo do tempo, além de ser reavaliado constantemente, sendo que esse tempo deve ser no mínimo possível.

O diagnóstico situacional é iniciado no primeiro contato com o usuário, família ou grupo com o serviço. Através do acolhimento dá-se voz ao sujeito em questão para que o mesmo possa trazer à tona seus problemas e suas expectativas em relação ao processo de cuidado que ali se inicia. É função do profissional que acolhe oferecer um meio para que o sujeito se sinta aberto e seguro para relatar sua história de vida e através desse relato cartografar as demandas, as necessidades, as vulnerabilidades e as potencialidades mais urgentes desses sujeitos (BRASIL, 2007).

Faz-se pertinente também, a capacitação e sensibilização dos profissionais, sendo formidável a elaboração e execução dos planos terapêuticos individuais de acordo com as modalidades de atendimento, assim como a importância de atentar para o registro nos prontuários, para a reavaliação do tratamento medicamentoso e cuidados prestados. Os profissionais inseridos nos serviços do CAPS são ferramentas importantes no manejo com os usuários e na construção do PTS. Estes dispõem de amplos saberes científicos e práticos que garantem e direcionam a conduta terapêutica dos usuários e/ou familiares dentro do seu projeto terapêutico singular (KANTORSKI et al, 2011).

Os psicofármacos têm grande contribuição na cura e/ou estabilização do sujeito com sofrimento mental, porém, os tratamentos terapêuticos destes pacientes não se resumem apenas no uso dos medicamentos psicoativos. Para isso, é de extrema importância que o PTS, contemple uma clínica ampliada que conte com outras ferramentas que também contribuem para a redução de danos e reabilitação psicossocial (ANDRADE,2010).

Os serviços do CAPS II podem oferecer diferentes tipos de atividades terapêuticas, entendendo que esses recursos vão além do uso de consultas e medicamentos, fortalecendo a denominada clínica ampliada. Essa ideia de clínica vem sendo (re)construída nas práticas de atenção psicossocial, provocando mudanças nas formas tradicionais de tratamento dos transtornos mentais. Oferecem diversos modelos de atividades terapêuticas, por exemplo: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares (BRASIL, 2004).

Para que o trabalho obtenha os resultados esperados, é imprescindível, que os profissionais contribuam para promoção de um serviço multifacetado e que estejam preparados para o manejo adequado dessa realidade, pois, além de acolher o usuário, devem desenvolver um trabalho holístico e especializado com características coletivas e ênfase nos objetivos da reforma psiquiátrica, na busca da reabilitação psicossocial.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes da luta travada pelo movimento antimanicomial, a saúde mental no Brasil era tratada de forma extremamente agressiva, sem projetos terapêuticos, onde o tratamento dos pacientes portadores de transtornos mentais eram pautados apenas em contenções físicas e sedação com fármacos, em sua grande maioria acometida de violências e administrações de medicações sem o consentimento ou até mesmo conhecimento desses usuários. As internações ocorriam involuntariamente com longos períodos de duração, muitos encerravam suas vidas nesses centros manicomiais, locais estes, que não se pensava na singularidade do sujeito, onde eram privados de seus direitos, tratados desumanamente, sem nenhuma perspectiva de recuperação e de reinserção social.

A eclosão da Reforma Psiquiátrica, trouxe uma nova perspectiva, a preocupação com a saúde mental. O processo de constituição inferiu duras críticas ao modelo da psiquiatria e instituições psiquiátricas tradicionais. Pois, esse tradicionalismo tinha como única solução de tratamento, a inserção mesmo que involuntária dos pacientes em hospitais psiquiátricos, clínicas ou manicômios, onde esses usuários tinham suas necessidades e seus direitos cívicos negados, além do principal projeto terapêutico ser pautado apenas em contenções físicas e uso de psicofármacos.

Com a lógica da desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos – pauta defendida pelo movimento da reforma, veio o fechamento dos hospitais de modelo asilar e com características manicomiais, e, aquelas que ferem os direitos humanos, ampliando o âmbito da militância antimanicomial. Concomitante a este processo surgem as primeiras experiências de instituições com propostas de atenção psicossocial que rompem com a lógica hospitalocêntrica, e assim, garantindo o direito à vida em liberdade, promoção da cidadania, a reinserção social, ao trabalho, ao respeito e a quantas mais sejam as necessidades dos portadores de transtornos mentais.

Pode-se evidenciar que juntamente com o advento da criação do Sistema Único de Saúde, um novo modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil, e representou um importante ponto de inflexão na evolução institucional do país, bem como determinou um novo arcabouço jurídico-institucional no campo das políticas públicas em saúde mental, à descentralização da administração da saúde, à mobilização de profissionais e a mudanças sociais e culturais da sociedade brasileira.

A partir da implementação SUS, veio o investimento e fortalecimento da rede de atenção psicossocial (RAPS), que passa a integrar o conjunto de redes indispensáveis para os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial, podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Apesar de alguns anos de avanço, a saúde mental ainda tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, no novo fazer profissional, os avanços e recuos nas experiências de controle social. Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde.

Atualmente, com as modificações e transformações ocorridas e conquistadas, a preocupação com a saúde mental tomou novas dimensões, os cuidados agora são voltados para ações que visem sobretudo resguardar a dignidade pessoal, os direitos humanos e civis, além também de buscar a promoção da saúde, a reinserção do paciente na sociedade e uma boa qualidade de vida.

Esse novo fazer profissional voltado a um projeto conjunto entre a equipe profissional, visando a intersetorialidade como um entendimento em que a saúde considera as pessoas em

sua totalidade, no sentido de demonstrar que ações resolutivas necessitam de parcerias entre diversos setores, como educação, trabalho, habitação, segurança. A partir disso, pode-se perceber que se trata de uma estratégia complexa que busca superar a fragmentação da política de saúde mental e das diferentes áreas/redes em que são executadas.

Para tanto, a realização desse estudo permitiu conhecer um pouco mais sobre os serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), principalmente a forma de acolhimento e o fazer profissional do CAPS II. Sendo suas ações desenvolvidas pautadas nos princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica, objetivando acolher usuários com transtornos mentais graves e persistentes, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento médico e psicológico para que, com isso, os usuários possam retornar a sua vida cotidiana e se reintegrar novamente à sociedade.

O eixo orientador desse serviço é o novo fazer profissional, a pluralidade, a intersetorialidade, a articulação de redes, sua construção implica em um trabalho onde vários atores estão envolvidos – profissionais, usuários, família e comunidade, proporcionando uma maior eficácia nas demandas atendidas. A eficácia do tratamento dependerá das respostas diversas que os pacientes poderão dar de acordo com sua situação social, gravidade sintomática e posicionamento subjetivo. Medicamentos, psicoterapias, produção de objetos, passeios comunitários e qualquer outro procedimento do campo possuem suas especificidades de ação.

O serviço ofertado pelo CAPS II faz-se protagonista na reinserção psicossocial de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, oferece atendimento diário, evitando internações; atende os indivíduos de forma que estes, ainda mantenha o vínculo com a família; introduz esses indivíduos no ambiente social, auxiliam na atenção da saúde mental e no matriciamento com a rede básica. Auxilia seus usuários a lidarem melhor com a estigmatização de sua doença, na melhor adesão ao tratamento seja psicoterapêutico ou com psicofarmacos; a encontrar caminhos autônomos, que ative sua cidadania, convívio social e para imprimir uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALCOFORADO, Flávio; MORAES, Tiago Cacique. **Responsabilização na gestão das políticas públicas e a Contratualização com organizações sociais.** In: Revista Brasileira de Direito Público - RBDP, Belo Horizonte, ano 7, n. 24, jan. 2008. Disponível ><https://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Da-Reforma-Sanit%C3%A1ria-%C3%A0s-Privatiza%C3%A7%C3%B5es-discutindo-a-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica-brasileira.pdf>

ALVES, D. S. **Integralidade nas políticas de saúde mental.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Uerj, IMS, Abrasco, 2001.> <https://www.redalyc.org/pdf/1938/193821393015.pdf>

AMARANTE P. **Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Coordenado por Paulo Amarante. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998. 136 p. Disponível> https://app.uff.br/slab/uploads/26_reforma_psiqui%C3%A1trica_brasileira_o_caminho_da_de_sinst.pdf

AMARANTE, P. **Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 491-94, 1995. Disponível> https://app.uff.br/slab/uploads/26_reforma_psiqui%C3%A1trica_brasileira_o_caminho_da_de_sinst.pdf

ANDRADE FERRAZZA, Daniele et al. **A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental.** Paidéia, v. 20, n. 47, p. 381- 390, 2010. Disponível > https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56784183/Intercambio_-_CAPS

ANDREOLI, S. B.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARTIN, D.; MATEUS, M. D.; MARI, J. J. **É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil.** Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 43-46, 2007.> https://app.uff.br/slab/uploads/26_reforma_psiqui%C3%A1trica_brasileira_o_caminho_da_de_sinst.pdf]

BARRETO MIELKE, Fernanda; PRADO, Luciane; JARDIM, Vanda Maria da Rosa; Olschowsky, Agnes **AVALIAÇÃO DE UM SERVIÇO SUBSTITUTIVO EM SAÚDE MENTAL** Cogitare Enfermagem, vol. 14, núm. 1, enero-marzo, 2009, pp. 52-58 Universidade Federal do Paraná Curitiba - Paraná, Brasil. Disponível em > <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648974007.pdf>

BARROSO SM, Silva MA. **Reforma Psiquiátrica brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia.** Rev. SPAGESP. 2011> <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/79662/156370>

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde, 8ª, 1986.** Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. Disponível > <https://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Da-Reforma-Sanit%C3%A1ria-%C3%A0s-Privatiza%C3%A7%C3%B5es-discutindo-a-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica-brasileira.pdf>

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado, 1988. Disponível em: Disponível > <https://www.redalyc.org/pdf/1938/193821393015.pdf>

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível > <https://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Da-Reforma-Sanit%C3%A1ria-%C3%A0s-Privatiza%C3%A7%C3%B5es-discutindo-a-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica-brasileira.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde. _____ . Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35ª ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2012 - (Série textos básicos; nº 67). > https://gestaopublica.bag.ifmt.edu.br/media/filer_public/fb/b1/fbb1574b-

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível > http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_760979750.pdf

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990:** [Lei Orgânica da Saúde]. 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]

República Federativa do Brasil], Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível > http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_760979750.pdf

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 189, de 11 de dezembro de 1991.** Dispõe sobre o atendimento à Saúde Mental no Brasil. Diário Oficial Da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 11 dez. 1991. Seção 1, p. 28495. Disponível > https://app.uff.br/slab/uploads/26-reforma_psiqui%C3%A1trica_brasileira_o_caminho_da_desinst.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 224 de 29 de janeiro de 1992.** Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 29 jan. 1992. Seção 1. Disponível > https://app.uff.br/slab/uploads/26reforma_psiqui%C3%A1trica_brasileira_o_caminho_da_desinst.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde (2000). **Portaria nº. 106, de 11 de fevereiro,** que cria a modalidade de residências terapêuticas, destinadas a pacientes psiquiátricos com longa permanência hospitalar. Disponível > <https://www.scielo.br/j/pe/a/kMBL9LPfptHsJZCs5H5Vhpr/?format=pdf&lang=pt>

BRASIL: Ministério da Saúde, 2000. Brasil. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde. Portal da Saúde. O que é Reforma Psiquiátrica?** Brasília; 2011 [citado 2011 out. 3]. Disponível > http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106. 17 de junho de 2000.** Dispõe sobre a criação e regulamentação das residências terapêuticas para portadores de transtornos mentais. Disponível > https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

BRASIL. **Lei nº 10.216. De 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, abr. 2001. Disponível > https://ips.ufba.br/sites/ips.ufba.br/files/laila-martins-de-oliveira_10-12-2018_tcc-finalizado_abnt.pdf

BRASIL. Ministério da saúde. Ministério da justiça. **Reforma Psiquiátrica e Manicômios Judiciários: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.** Brasília, Ministério da Saúde, 2002. Disponível > https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (2002). **Conferência Nacional de Saúde Mental, 3, Relatório da III Conferência. Brasília:** Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Disponível > http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/sau_de_mental.pdf > <https://www.scielo.br/j/pe/a/kMBL9LPfptHsJZCs5H5Vhpr/?format=pdf&lang=pt>

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível > <https://www.redalyc.org/pdf/1938/193821393015.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde, **Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**, secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas, Brasília-DF, 2004. > https://gestaopublica.bag.ifmt.edu.br/media/filer_public/fb/b1/fbb1574b-

BRASIL. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde, 2004. Disponível > https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56784183/Intercambio_-_CAPS

BRASIL. Ministério da Saúde. (2004). **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf Disponível > <https://www.redalyc.org/pdf/1150/115028988008.pdf>

BRASIL. **Ministério da Saúde. Lei nº 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. In: _____. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5. ed., ampl. Brasília, 2004. p. 17-20. Disponível em > https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde (2004). **Legislação em saúde mental: 1990-2004.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível > <https://www.scielo.br/j/pe/a/kMBL9LPfptHsJZCs5H5Vhpr/?format=pdf&lang=pt>

BRASIL. Ministério da Saúde (2004). **Legislação em saúde mental: 1990-2004.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível > <https://www.scielo.br/j/pe/a/kMBL9LPfptHsJZCs5H5Vhpr/?format=pdf&lang=pt>

BRASIL. Ministério da Saúde (2005). **Portaria GM nº 245, de 17 de fevereiro**, que destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível > <https://www.scielo.br/j/pe/a/kMBL9LPfptHsJZCs5H5Vhpr/?format=pdf&lang=pt>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, novembro de 2005 > BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, novembro de 2005. Disponível > https://gestaopublica.bag.ifmt.edu.br/media/filer_public/fb/b1/fbb1574b-

BRASIL. **Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001** _____ Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços

de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em >
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde. BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, novembro de 2005 >
https://gestaopublica.bag.ifmt.edu.br/media/filer_public/fb/b1/fbb1574b-

BRASIL. Ministério da Saúde (2006). **Portaria Interministerial nº 3.347 de 29 de dezembro de 2006, que institui o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em >
<https://www.scielo.br/j/pe/a/kMBL9LPfptHsJZCs5H5Vhpr/?format=pdf&lang=pt>

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.** Disponível > https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56784183/Intercambio_-_CAPS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS:** acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília;2007. Disponível > <file:///C:/Users/Alexandre/Desktop/TCC/cuidado%20com%20a%20saude%20mental%20na%20atualidade.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. (2009). **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0159_M.pdf. Disponível >
<https://www.redalyc.org/pdf/1150/115028988008.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 40 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).** Disponível >
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56784183/Intercambio_-_CAPS

BRASIL. **Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.**
_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Republicada em 21 de maio de 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em >
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica. Brasília:** Ministério da Saúde, 2012 – (Série E. Legislação em Saúde). >

https://gestaopublica.bag.ifmt.edu.br/media/filer_public/fb/b1/fbb1574b-

BRASIL. Saúde mental / Ministério da Saúde, **Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica,** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível> https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56784183/Intercambio_-_CAPS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. > https://gestaopublica.bag.ifmt.edu.br/media/filer_public/fb/b1/fbb1574b-

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios :** orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

Disponível>https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados referentes à reforma psiquiátrica: redução de leitos psiquiátricos e ampliação da rede extra-hospitalar.** 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 2002; 20 fev Disponível em >

<https://www.scielo.br/j/csc/a/GMXKF9mkPwxfk9HXvfl39Nf/?format=pdf&lang=pt>

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária:** Elementos para o Debate. In. MOTA, Ana Elisabete et. BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996. Disponível >

<file:///C:/Users/Alexandre/Desktop/TCC/Curso%20de%20capacitac%CC%A7a%CC%83o%20Ass.Social%20no%20CAPS.pdf>

BROGNOLI, F. F. **Saúde mental e reforma psiquiátrica:** avanços, retrocessos, impasses e possibilidades. In: KAMERS, M.; MARCON, H. H.; MORETTO, M. L. T. Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde. São Paulo: Escuta, 2016. p. 349-366. Disponível >

https://editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2020/TRABALHO_EV140_MD1_SA5_ID6027_01102020225646.pdf

CALDAS de Almeida JM, Horvitz-Lennon M. **Mental health care reforms in Latin America:** an overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean.

Psychiatr Serv 2010; 61:218-21. Disponível >
<https://www.scielo.br/j/csp/a/KMwv8DrW37NzpmvL4WkHcdC/?lang=pt&format=pdf>

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (Cebes), Comissão de Saúde Mental. Assistência Psiquiátrica no Brasil: setores público e privado. *Saúde em Debate* 1980; 10:49-55. Disponível > <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/2067-2074/pt/>

DELGADO, P. G.; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R.; AMSTALDEN, A. F.; BONAVIGO, E.; CORDEIRO, F.; ET AL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 39-83. Disponível >
https://editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2020/TRABALHO_EV140_MD1_SA5_ID6027_01102020225646.pdf

DRUMMOND MAJ. **Ações de saúde mental por agentes comunitários de saúde:** investigando uma experiência de saúde mental na atenção básica. Belo Horizonte, 2009. Disponível >
<https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/431312/3/cartilha%20SM%20CAPS%20Penedo%202018%20%20%281%29.pdf>

FARIA, T. W. **Dilemas e Consensos: a seguridade social brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88** – um estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: IMS / Uerj, 1997.> <https://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Da-Reforma-Sanit%C3%A1ria-%C3%A0s-Privatiza%C3%A7%C3%B5es-discutindo-a-sa%C3%BAdep%C3%BAblica-brasileira.pdf>

FERREIRA, Gina. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Uma análise sócio política.** Psicanálise & Barroso- Revista de Psicanálise, v. 4, n. 1, p. 77-85, jun. 2006.>
https://ips.ufba.br/sites/ips.ufba.br/files/laila-martins-de-oliveira_10-12-2018_tcc-finalizado_abnt.pdf

GONÇALVES, L. L. M.; BARROS, R. D. B. de. **Função de publicização do acompanhamento terapêutico:** a produção do comum na clínica. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 108-116, 2013. Disponível >
https://editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2020/TRABALHO_EV140_MD1_SA5_ID6027_01102020225646.pdf

LAPPANN-BOTTI NC. **Oficinas em Saúde Mental: História e Função** (tese). Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.Dsiponivel>
<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/140/132>

LEÃO, A. & Barros, S. (2008). **As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social.** *Saúde e Sociedade*, 17(1), 95-106. Disponível> <https://www.redalyc.org/pdf/1150/115028988008.pdf>

LOUGON, M. **Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 227 p. Disponível >
https://editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2020/TRABALHO_EV140_MD1_SA5_ID6027_01102020225646.pdf

LUZIO, C. Amélia; YASUI, Silvio, **ALÉM DAS PORTARIAS: DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 15, n. 1, p. 17-26, jan./mar. 2010. Disponível em >
<https://www.scielo.br/j/pe/a/kMBL9LPfptHsJZCs5H5Vhpr/?format=pdf&lang=pt>

KANTORSKI, Luciane Prado et al. **Descrição de oferta e consumo dos psicofármacos em Centros de Atenção Psicossocial na Região Sul brasileira**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 6, p. 1481-1487, 2011.

_____. **Medicação pactuada como recurso terapêutico no processo de trabalho de um CAPS: contribuições para a enfermagem**.

Texto & Contexto Enfermagem, v. 22, n. 4, p. 1022-1029, 2013. LIMA, A.B.D. – Interações medicamentosas. v. 1, p. 13-17, 1995. Disponível >
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56784183/Intercambio_-_CAPS-

KRUGER, T. R. **A estratégia conselheira na área da saúde: a dicotomia entre o plano legal e o real**. Florianópolis: UDESC, 1998. Dissertação de mestrado. Disponível >
https://editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2020/TRABALHO_EV140_MD1_SA5_ID6027_01102020225646.pdf

MAGALHÃES, Vinicius Pinheiro de. **Política de Saúde Mental no Brasil: tempos “sombrios”**. In: SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS, 6., 2016. Cachoeira, BA. Anais... Cachoeira, BA, 2016. Disponível >
https://ips.ufba.br/sites/ips.ufba.br/files/laila-martins-de-oliveira_10-12-2018_tcc-finalizado_abnt.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Saúde mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudanças do modelo de atenção**. Brasília; 2006. Disponível > <https://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Da-Reforma-Sanit%C3%A1ria-%C3%A0s-Privatiza%C3%A7%C3%B5es-discutindo-a-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica-brasileira.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Sistema Único de Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2007. Disponível > <https://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Da-Reforma-Sanit%C3%A1ria-%C3%A0s-Privatiza%C3%A7%C3%B5es-discutindo-a-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica-brasileira.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental -Cadernos de Atenção Básica, nº 34- 1ª edição – 2013**. Disponível >
https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

NORONHA, J. C.; Lima, L. D.; Machado, C. V. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. In: Giovanella, Lígia et al. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472. Disponível >
http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_760979750.pdf

OLIVEIRA, W. F. **Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial**. Caderno Brasileiro de Saúde Mental, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 48-61, out./dez. 2009. Disponível >
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Bj63LCHtYZHjqd8fN7MyP6r/?format=pdf&lang=pt>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE(OMS). **Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação**. Genebra: WHO; 2005. Disponível >

<https://www.scielosp.org/article/csc/2009.v14n1/297-305>http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE(OMS). /Organização Panamericana de Saúde. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). 1990 nov 14; Caracas, Venezuela. Caracas: OMS/OPAS; 1990. Disponível > <https://www.scielosp.org/article/csc/2009.v14n1/297305>http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; Fundação Calouste Gulbenkian. **Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil**. Seminário Internacional de Saúde Mental: documento técnico final. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Fundação Calouste Gulbenkian; 2015. Disponível > <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2019.v35n11/e00129519/pt>

PATEL V, Saxena S; LUND C, THORNICROFT G; Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet **Commission on global mental health and sustainable development**. Lancet 2018; 392:1553-98. Disponível > <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2019.v35n11/e00129519/pt>

RIBEIRO, M. B. S.; MARTINS, S. T. F.; OLIVEIRA, L. R. **Familiares de usuários vivenciando a transformação do modelo assistencial psiquiátrico**. Estudos de Psicologia, v. 14, n. 2, p. 133- 140, 2009. Disponível > https://app.uff.br/slab/uploads/26-_reforma_psiqui%C3%A1trica_brasileira_o_caminho_da_desinst.pdf

RODRIGUEZ, A. C. A. (2001). **Salud mental de las mujeres: Avances y desafios**. Red de salud de las mujeres latino-americanas y del Caribe. *Cuadernos Mujer Salud*, 6, 13-15. Disponível > <https://www.scielo.br/j/pe/a/kMBL9LPfptHsJZCs5H5Vhpr/>

Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, Risio C. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec; 1990. Disponível > <https://www.scielo.br/j/csc/a/GMXKF9mkPwxkK9HXvfl39Nf/?format=pdf&lang=pt>

ROTELLI, F., Leonardí, O. & Mauri, D. (2001). **Desinstitucionalização uma outra via**. Em F. Nicácio. (org) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec. Disponível > <https://www.scielo.br/j/pe/a/kMBL9LPfptHsJZCs5H5Vhpr/?format=pdf&lang=pt>

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001. Disponível > https://app.uff.br/slab/uploads/26_reforma_psiqui%C3%A1trica_brasileira_o_caminho_da_de_sinst.pdf

SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas dos. **Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados**. Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1177-1182,2009. Disponível > http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000400023&lng=e&nrm=iso.

SAFFIOTI, H. I. B. **Violência de gênero no Brasil atual**. Estudos Feministas. v.2, n. 94. p.443- 461, 1994 (número especial). Disponível > <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/16177/14728>

SANTOS, B. de S. **A gramática do tempo: para uma nova cultura política.** Porto: Afrontamento, 2006. Disponível > <https://www.redalyc.org/pdf/1938/193821393015.pdf>

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito.** História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002. Disponível > https://editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2020/TRABALHO_EV140_MD1_SA5_ID6027_01102020225646.pdf

VALLADARES ACA.; et al. **Reabilitação Psicossocial através das Oficinas Terapêuticas e/ou Cooperativas Sociais.** Revista Eletrônica de Enfermagem 2003. Disponível > <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/140/132>

VASCONCELOS EM. **Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica:** revisão de metodologias e estratégias em pesquisa. J Bras Psiquiatr 1995; 44:189-97. Disponível > https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v23n1/21.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global recommendations on physical activity for health.** Geneva: WHO; 2010. [cited 2015 Mar 5]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf
» http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health action plan 2013-2020.** Geneva: World Health Organization; 2013. Disponível > <https://www.scielo.org/pdf/csp/2019.v35n11/e00129519/pt>