

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS  
DEPARTAMENTO DE DIREITO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

Sara Antonielle Borges

**Direito à saúde sob a ótica da Saúde Mental: (in)eficácia da Rede de Atenção  
Psicossocial para com as demandas psicológicas tendo como enfoque o Município de  
Florianópolis**

Florianópolis

2021

Sara Antonielle Borges

**Direito à saúde sob a ótica da Saúde Mental: (in)eficácia da Rede de Atenção Psicossocial para com as demandas psicológicas tendo como enfoque o Município de Florianópolis**

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em Direito do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Bacharela em Direito.

Orientadora: Profa. Dra. Grazielly Alessandra Baggenstoss.

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Borges, Sara

Direito à saúde sob a ótica da Saúde Mental: (in)eficácia da Rede de Atenção Psicossocial para com as demandas psicológicas tendo como enfoque o Município de Florianópolis / Sara Borges ; orientador, Grazielly Baggenstoss, 2021.  
105 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Jurídicas, Graduação em Direito, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Direito. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Direito fundamental social à saúde mental. 4. Rede de Atenção Psicossocial . 5. Direito . I. Baggenstoss, Grazielly. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Direito. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS  
COLEGIADO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

TERMO DE APROVAÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “Direito à saúde sob a ótica da Saúde Mental: (in)eficácia da Rede de Atenção Psicossocial para com as demandas psicológicas tendo como enfoque o Município de Florianópolis”, elaborado pela acadêmica Sara Antonielle Borges, defendido em 14/05/2021 e aprovado pela Banca Examinadora composta pelas membras abaixo assinados, obteve aprovação com nota 10 (dez), cumprindo o requisito legal previsto no art. 10 da Resolução nº 09/2004/CES/CNE, regulamentado pela Universidade Federal de Santa Catarina, através da Resolução nº 01/CCGD/CCJ/2014.

Florianópolis, 14 de maio de 2021



Documento assinado digitalmente  
Grazielly Alessandra Baggenstoss  
Data: 17/05/2021 11:31:29-0300  
CPF: 047.906.199-82  
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

---

**Profa. Dra. Grazielly Alessandra Baggenstoss**  
Professora Orientadora



Documento assinado digitalmente  
Leticia Povala Li  
Data: 16/05/2021 12:07:19-0300  
CPF: 410.045.358-21  
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

---

**Mestranda Leticia Povala Li**  
Membra de Banca



Documento assinado digitalmente  
Tayna Ferreira  
Data: 16/05/2021 00:30:06-0300  
CPF: 092.101.149-06  
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

---

**Mestranda Tayná Ferreira**  
Membra de Banca



**Universidade Federal de Santa Catarina**  
**Centro de Ciências Jurídicas**  
**COORDENADORIA DO CURSO DE DIREITO**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE PELO INEDITISMO DO TCC E**  
**ORIENTAÇÃO IDEOLÓGICA**

Aluno(a): Sara Antonielle Borges

RG: 54488214

CPF: 10036993913

Matrícula: 16101224

Título do TCC: Direito à saúde sob a ótica da Saúde Mental: (in)eficácia da Rede de Atenção Psicossocial para com as demandas psicológicas tendo como enfoque o Município de Florianópolis

Orientadora: Profa. Dra. Grazielly Alessandra Baggenstoss

Eu, Sara Antonielle Borges, acima qualificado(a); venho, pelo presente termo, assumir integral responsabilidade pela originalidade e conteúdo ideológico apresentado no TCC de minha autoria, acima referido.

Florianópolis, 14 de maio de 2021.



Documento assinado digitalmente

Sara Antonielle Borges

Data: 16/05/2021 00:16:50-0300

CPF: 100.369.939-13

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

---

**Sara Antonielle Borges**

Sara Antonielle Borges

**Direito à saúde sob a ótica da Saúde Mental: (in)eficácia da Rede de Atenção  
Psicossocial para com as demandas psicológicas tendo como enfoque o Município de  
Florianópolis**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Bacharela em Direito e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Direito.

Florianópolis, 14 de maio de 2021.

---

Prof. Dr. Luiz Henrique Cademartori  
Coordenador do Curso

**Banca Examinadora:**

---

Profa. Dra. Grazielly Alessandra Baggenstoss  
Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Mestranda Leticia Povala Li  
Avaliadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Mestranda Tayná Ferreira  
Avaliadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

Este trabalho é dedicado a todos aqueles que tiveram, de alguma forma, o seu direito à saúde mental violado.

## AGRADECIMENTOS

Antes de tudo e acima de tudo, agradeço ao Divino, que sempre esteve comigo, me protegendo, me orientando e me guiando pelos caminhos da vida acadêmica e da vida como um todo. Sem Ele, eu nada seria.

À minha família, pelos ensinamentos, apoio incondicional e também por representar a minha mais forte motivação diária. Em especial, à minha mãe, por sempre ter me incentivado nos estudos e por todo o esforço para que eu pudesse realizar meu sonho de estudar em uma Universidade Pública; ao meu irmão Israel, menino inteligente e com um futuro brilhante, por ter me ajudado nesse trabalho do início ao fim. Espero um dia poder retribuir todo o esforço e ajuda de vocês!

Ao Robson Denirou, pelas noites que passou em claro comigo enquanto eu estudava.

Ao Romário, por ter me salvado inúmeras vezes, pela sua grande paciência, por todo o amor compartilhado e por ser a pessoa mais bondosa que eu já tive o prazer de conhecer.

Ao Márlio, por ser não apenas um grande amigo e pessoa que admiro muito, mas também por ter sido uma espécie de “mentor” para mim durante todo o curso.

Ao Projeto Integrar, especialmente, ao Professor Juliano, pelas monitorias e amizade que pretendo levar para toda a vida; à Amanda, pelas inúmeras redações corrigidas; ao Filipi, ao Marcelo e ao Thiago, pela ajuda em Física; ao Alê, pelas conversas de Biologia; ao Guimo, pelo esforço e direcionamento; e ao Gui, por ter tirado minhas dúvidas em um dia chuvoso de 2015.

A todos aqueles que me ajudaram nesse percurso difícil e gratificante, entre eles, o José, o Pieca, o Caldeira, a Salete, o Fábio, a Liliane, a Núbia, a Sônia.

Ao Seu Diógenes e à sua preciosa família, pelo acolhimento, ajuda, incentivo e conhecimento compartilhados.

Aos meus queridos amigos de UFSC e de RU, em especial, ao Daniel, por não apenas ter sido a melhor dupla de EMAJ que alguém poderia ter, como também por ser um grande amigo; à Nicole, pela nossa amizade e companheirismo desde o início do curso; ao Filipe, pelas conversas, motivações e amizade.

À Dra. Lucilene e à Thay, pela paciência, bondade e por toda a aprendizagem que me foi proporcionada no estágio.

Ao Dr. Cristiano, por ser um exemplo em sua profissão e pelas conversas sobre o futuro.

À minha querida e consciente orientadora, Professora Doutora Grazielly Alessandra Baggentonss, por não apenas ter me orientado impecavelmente neste trabalho, fazendo com que um projeto vago se transformasse em um trabalho concreto, mas também por ser uma mulher incrível e um exemplo de profissional, a qual me inspira.

À Tayná e à Leticia, por terem aceitado o convite de analisar o conteúdo deste trabalho.

À UFSC, por ter sido meu segundo lar, por ter me proporcionado conhecer pessoas maravilhosas e por ter feito com que eu vivesse momentos únicos. Me sinto privilegiada em poder estudar em uma instituição pública, gratuita e de excelência. Obrigada!!

O hospício é construído para controlar e reprimir os trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção (Franco Basaglia)

## RESUMO

O advento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, assim como as diversas lutas que se seguiram, deram origem à Rede de Atenção Psicossocial, a qual, interligada ao SUS, possui o objetivo de abandono ao modo asilar, com extinção gradual dos manicômios e reinserção dos pacientes psiquiátricos na sociedade, focada num modelo comunitário, com implantação de serviços substitutivos. Nesta senda, este Trabalho de Conclusão de Curso se propõe a analisar como se dá a Rede de Atenção Psicossocial no Município de Florianópolis, se há, de fato, uma eficácia da mesma no referido Município e se, por consequência, está sendo efetivado o próprio direito à saúde e à saúde mental. Para tanto, o trabalho está dividido em três capítulos, desenvolvidos através do método dedutivo. O primeiro deles, busca compreender a saúde como sendo um direito fundamental social, por meio de um apanhado histórico e explanação acerca do atual modelo, o qual envolve as políticas públicas, as políticas públicas brasileiras e a própria Rede de Atenção Psicossocial. No segundo capítulo, realiza-se um levantamento de dados através do método da revisão integrativa da literatura, onde busca-se responder à pergunta norteadora “a ausência de estrutura física, política e econômica da Rede de Atenção Psicossocial, em especial a do Município de Florianópolis, acaba por torna-la incapaz de atender de modo satisfativo as demandas de tratamento psicológico, desrespeitando o preceito constitucional do direito à saúde como direito fundamental?”. O terceiro e último capítulo, analisa a (in)eficácia da Rede de Atenção Psicossocial do Município de Florianópolis, através de uma explanação breve acerca das principais legislações brasileiras acerca da saúde mental e retratação da Rede do referido Município, levando em conta os trabalhos colhidos na revisão integrativa realizada. Assim, para a elaboração dos capítulos um e três, a metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica, a qual foi realizada por meio de artigos de periódicos científicos, monografias de conclusão do curso, dissertações de mestrado, livros, legislação nacional e internacional. Para a elaboração do capítulo segundo, o método utilizado foi a revisão integrativa da literatura. Ao final, conclui-se que, de fato, a ausência de estrutura física, política e econômica da Rede de Atenção Psicossocial do Município de Florianópolis faz com que as demandas de saúde mental não sejam efetivadas como deveriam, expondo, assim, a ineficácia da atuação da Rede no Município e, por consequência, a não efetivação do direito à saúde e à saúde mental.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica. Rede de Atenção Psicossocial. Direito à Saúde. Saúde Mental.

## ABSTRACT

The emergence of the Psychiatric Reform in Brazil as well as the struggles following from it gave rise to the Psycho-social Attention Network, which, connected to SUS, aims at abandoning the asylum-mode, by gradual extinction of mental hospitals and also by reinsertion of psychiatric patients into the society, focused on a community-model, with deployment of substitute services. Along these lines, this monograph analyzes how the Psycho-social Attention Network works in Florianópolis: whether or not there is actual efficiency coming from it, at the referred city and, as consequence, whether or not the proper rights to both health and mental health are being guaranteed. In order to do so, this work is divided in three chapters, by means of a deductive method. The first one aims to characterize health as being a fundamental social right, through a historical approach and explanation of the current model, involving public policies, Brazilian public policies and the Psycho-social Attention Network itself. The second chapter presents a survey of data by means of an integrative literature review, where the guiding question “does the lack of physical, politic and economic structures of the Psycho-social Attention Network, specially, that one from Florianópolis, make the Psycho-social Attention Network unable to successfully attend the demands of psychological treatments, disrespecting the constitutional principle of the right to the health as a fundamental one?” is approached. At last, the third chapter analyses the (un)efficacy of the Psycho-social Attention Network from Florianópolis, by means of short explanation, couched in the main Brazil bodies of law about mental health and the retraction by the Network, by taking into account the case-studies from the integrative review. For that, the methodology underlying chapters 1 and 3 is the bibliographic review, whose procedure was based on papers, monographs, dissertations, books and both national and international body of laws. As regards chapter 2, the adopted methodology was integrative review. At the end, this monograph concludes that the lack of physical, politic and economic structures by the Psycho-social Attention Network from Florianópolis does prevent the demands of mental health from being effected as they should, which exposures, therefore, the inefficacy of the Network acting on the city and, as consequence, the lack of effecting of the right to the health and mental health.

**Keywords:** Psychiatric Reform. Psycho-social Attention Network. Right to Health. Mental Health.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
APS Atenção Primária à Saúde  
CAP Caixas de Aposentadorias e Pensões  
CAPS Centro de Atenção Psicossocial  
CEBES Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CIB Comissão de Intergestores Bipartite  
CIST Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho  
CIT Comissão de Intergestores Tripartite  
CONASS Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde  
CONASEMS Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CRFB Constituição da República Federativa do Brasil  
ESF Estratégia Saúde da Família  
IAP Instituto de Aposentadoria e Pensão  
IGBE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS Instituto Nacional de Previdência Social  
MLA Movimento da Luta Antimanicomial  
MS Ministério da Saúde  
MTSM Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental  
NAPS Núcleo de Atenção Psicossocial  
NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
OMS Organização Mundial da Saúde  
ONG Organização não Governamental  
OPAS Organização Pan-Americana da Saúde  
PAIS Programa de Ações Integradas da Saúde  
PL Projeto de Lei  
PMS Plano Municipal de Saúde  
RAPS Rede de Atenção Psicossocial  
SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SINPAS Assistência e Previdência Social  
SUS Sistema Único de Saúde  
UBS Unidade Básica de Saúde

UPA Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1. SAÚDE MENTAL COMO DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL: EVOLUÇÃO HISTÓRICA E ATUAL MODELO .....</b>	<b>16</b>
1.1. DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL À SAÚDE MENTAL .....	16
1.2. POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL .....	20
1.3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL .....	26
1.4. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) .....	31
<b>2. COMPREENDENDO O FUNCIONAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) EM FLORIANÓPOLIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA .....</b>	<b>36</b>
2.1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA .....	36
<b>3. (IN)EFICÁCIA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS .....</b>	<b>67</b>
3.1. PRINCIPAIS LEGISLAÇÕES BRASILEIRAS ACERCA DA SAÚDE MENTAL .....	67
3.2. REALIDADE DA RAPS DE FLORIANÓPOLIS .....	76
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>94</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>97</b>

## INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica surge como uma forma de romper com o até então modelo biomédico reducionista, onde o indivíduo possuidor de transtorno mental era visto como um perigo à sociedade, devendo ser retirado desta e dos seus familiares e preso numa instituição total, preso num local onde lhe ocorriam violações físicas e mentais. Tais indivíduos passaram muitos anos sem que houvesse legislação acerca do seu direito à saúde e à saúde mental.

Todavia, fruto da Reforma Psiquiátrica que, posteriormente, se transformou no Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), assim como das diversas lutas e reivindicações que se seguiram nos anos posteriores à Reforma, surge o Sistema Único de Saúde (SUS), a maior efetivação de política pública de saúde no Brasil e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O SUS, assim como a Constituição da República Federativa de 1988 foram responsáveis por, de fato, não apenas colocar a saúde no patamar de direitos fundamentais, como também por colocar o Estado como responsável por sua efetivação.

A RAPS, por sua vez, tomando como alicerce o Sistema Único de Saúde, tem como objetivo a substituição dos manicômios e do modelo asilar por uma rede interligada de cuidados voltados ao atendimento das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, isto é, por meio de seus componentes – entre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) -, o que a RAPS procura é que os indivíduos com sofrimento psíquico tenham um tratamento comunitário, onde não haja dependência de um serviço semelhante ao asilar, onde esse indivíduo possa receber um tratamento digno, humano, sendo respeitado e efetivado seu direito à saúde e à saúde mental.

Assim, a presente pesquisa busca entender como se dá o funcionamento da RAPS no município de Florianópolis, se há uma eficácia do direito à saúde e à saúde mental no município. O “problema” que guia a pesquisa é: a ausência de estrutura física, política e econômica da Rede de Atenção Psicossocial, em especial a do Município de Florianópolis, acaba por torná-la incapaz de atender de modo satisfativo as demandas de tratamento psicológico, desrespeitando o preceito constitucional do direito à saúde como direito fundamental?

A hipótese básica é de que, sim, diante da incapacidade da rede de atenção psicossocial, em especial a do Município de Florianópolis, em atender as demandas de tratamento psicológico, tem-se o desrespeito ao direito fundamental à saúde mental. Nesta seara, a justificativa para escolha do tema reside no fato de que, ainda hoje, mesmo após diversas reformas no campo da saúde mental e criação da importantíssima Rede de Atenção

Psicossocial, não se vê uma concretização real do direito à saúde mental, de modo que torna-se necessária uma abordagem a respeito do tema em questão, a fim de se entender quais fatores se apresentam como causas para a negligência desse ramo da saúde.

A importância do tema e, conseqüentemente, da pesquisa em questão, é inquestionável: a saúde, tanto física, como, principalmente, a mental, é a base para a vida. A questão da saúde mental, dos problemas mentais, ainda é vista como algo que impõe uma tarja de discriminação nas pessoas, fazendo com que não seja dada a devida atenção a esse direito fundamental. A Rede de Atenção Psicossocial, apesar de representar um marco importante na luta pela efetivação da saúde mental, ainda necessita de aperfeiçoamentos, de muitas melhoras.

Neste sentido, levantamento de dados, pesquisas de campo, trabalhos acadêmicos que evidenciem essa necessidade de melhoria, acabam por auxiliar na efetivação do direito à saúde mental. Deste modo, a relevância acadêmica e científica do trabalho em questão reside, também, na possibilidade de contribuir positivamente tanto para a ampliação do acervo de trabalhos acerca da saúde mental, como também em instigar outros pesquisadores a realizarem estudos nesta área, inclusive, em relação ao município de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina.

Para alcançar o fim a que se propõe, o desenvolvimento do trabalho está dividido em três capítulos. O primeiro, “Saúde mental como direito fundamental social: evolução histórica e atual modelo”, tem como início uma abordagem histórica do que seria o direito fundamental social à saúde mental, sua trajetória, concepções, evidenciando-se o momento em que referido direito passou a vestir a roupagem de direito fundamental. Ainda, apresenta o que seriam e como se dão as políticas públicas e as políticas públicas de saúde no Brasil. Por fim, há uma explanação acerca da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O segundo capítulo, “Compreendendo o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Florianópolis: uma revisão integrativa”, consiste em uma revisão integrativa da literatura, composta por 6 (seis) fases, onde se procurará responder à questão norteadora: “A ausência de estrutura física, política e econômica da Rede de Atenção Psicossocial, em especial a do Município de Florianópolis, acaba por torná-la incapaz de atender de modo satisfativo as demandas de tratamento psicológico, desrespeitando o preceito constitucional do direito à saúde como direito fundamental?”, sendo, dessarte, um capítulo voltado à atuação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para com as demandas psicológicas, tendo como foco o Município de Florianópolis.

O terceiro e último capítulo, “(In)eficácia da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Florianópolis”, por meio da análise pormenorizada dos estudos selecionados para a revisão integrativa realizada no capítulo segundo e do estudo acerca das principais legislações brasileiras atinentes ao direito à saúde mental, tratará de analisar se as práticas em saúde mental desenvolvidas no município de Florianópolis se coadunam com o atual modelo de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e, como consequência, se há a efetivação do direito à saúde mental.

Por fim, na última parte do trabalho encontram-se as conclusões da pesquisa realizada e suas referências bibliográficas.

## 1. SAÚDE MENTAL COMO DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL: EVOLUÇÃO HISTÓRICA E ATUAL MODELO

Por meio de um estudo histórico e estratégico do direito à saúde mental, se analisará como referido direito foi visto e efetivado ao longo do tempo em nosso país, assim como quando e como, de fato, passou a vestir uma roupagem de direito fundamental social. Neste sentido, o capítulo se inicia com uma abordagem acerca do que seria o direito fundamental social à saúde mental, sua trajetória e concepções, passando, então, para o tópico 2 (dois), responsável por realizar uma apresentação acerca das políticas públicas no Brasil, as quais se prestam a efetivar o direito objeto de estudo do presente capítulo. Por fim, tem-se o tópico 3 (três), através do qual se buscará entender como se dá a política pública de saúde em nosso país e o tópico 4 (quatro), o qual explanará sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), uma das formas de efetivação das políticas públicas de saúde no Brasil e responsável por tratar diretamente do direito à saúde mental.

### 1.1. DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL À SAÚDE MENTAL

Para a compreensão da saúde mental como sendo um direito fundamental social, torna-se essencial dissecar a referida frase, de modo a se realizar uma abordagem particular do que seriam direitos fundamentais, direitos sociais, e qual o conceito de saúde e de saúde mental.

Inicialmente, no que tange ao conceito de direitos fundamentais, tem-se a existência de uma certa dificuldade em atribuir-lhes um conceito sintético e específico, devido não apenas à uma certa ampliação e transformação dos direitos fundamentais do homem no envolver histórico, como também pelo fato de que ao longo do tempo foram empregadas diferentes expressões para designá-los, tais como direitos naturais, direitos humanos, direitos do homem (SILVA, 2017). Destarte, é possível encontrar diferentes abordagens e conceitos em relação aos direitos fundamentais.

Nesta seara, “*direitos fundamentais do homem*”<sup>1</sup> seria a expressão mais adequada, segundo o jurista brasileiro José Afonso da Silva, o qual explana que:

No qualitativo fundamentais acha-se a indicação de que se trata de situações jurídicas sem as quais a pessoa humana não se realiza, não convive e, às vezes, nem mesmo sobrevive; fundamentais do homem no sentido de que a todos, por igual, devem ser, não apenas formalmente reconhecidos, mas concreta e materialmente efetivados. Do homem, não como o macho da espécie, mas no sentido de pessoa humana. Direitos

---

<sup>1</sup> Ressalta-se que “direitos fundamentais DO HOMEM” se apresenta como uma expressão masculinizada, fruto de uma estrutura histórica patriarcalista, sendo que referido termo era utilizado significando “pessoa”, todavia, não mais se apresentando como uma expressão correta.

fundamentais do homem significa direitos fundamentais da pessoa humana ou direitos fundamentais (SILVA, 2017, p. 180).

Gomes Canotilho, por sua vez, ensina que os direitos fundamentais seriam “direitos do homem jurídico-institucionalmente garantidos e limitados espaciotemporalmente”, sendo os “direitos objetivamente vigentes numa ordem jurídica concreta” (cf. VIANA, 2010, p. 16). Ainda, o jurista elucida que os direitos fundamentais possuem a) função de defesa ou de liberdade, b) função de prestação social, c) função de proteção perante terceiros, e d) função de não discriminação (cf. LORA, 2015), sendo que a primeira função se apresenta com um duplo aspecto: (1) proíbe as ingerências dos poderes públicas na esfera de autodeterminação do indivíduo (normas de competência negativa); (2) num plano jurídico-subjetivo, implicam “o poder de exercer positivamente direitos fundamentais (liberdade positiva) e de exigir omissões dos poderes públicos, de forma a evitar agressões lesivas por partes dos mesmos (liberdade negativa) (cf. LORA, 2015).

Já Dimoulis e Martins, apresentam a definição de direitos fundamentais como sendo:

direitos público-subjetivos de pessoas (físicas ou jurídicas), contidos em dispositivos constitucionais e, portanto, que encerram caráter normativo supremo dentro do Estado, tendo como finalidade limitar o exercício do poder estatal em face da liberdade individual (DIMOULIS; MARTINS, 2014, p. 41).

Ainda, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988) apresenta em seu “Título II” os “Direitos e Garantias Fundamentais”, os quais são divididos em 5 (cinco) capítulos, sendo eles: 1) Capítulo I, DOS DIREITOS E DEVERES INDIVIDUAIS E COLETIVOS, composto pelo art. 5º, o qual explana em seu *caput* que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (...).”; 2) Capítulo II, DOS DIREITOS SOCIAIS, os quais encontram-se elencados do art. 6º até o 11, afirmando o *caput* do art. 6º que “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”; 3) Capítulo III, DA NACIONALIDADE, do art. 12 ao 13; 4) Capítulo IV, DOS DIREITOS POLÍTICOS, composto pelos artigos 14, 15 e 16; 5) Capítulo V, DOS PARTIDOS POLÍTICOS, composto unicamente pelo art. 17.

Por fim, esclarece Silva (2017) que o constituinte de 1988 acabou dividindo os direitos fundamentais em 5 grupos, consoante seu conteúdo: direitos individuais (art. 5º), direitos à

nacionalidade (art. 12), direitos políticos (art. 14 a 17), direitos sociais (arts. 6º e 193 e ss.), direitos coletivos (art. 5º) e direitos solidários (arts. 3º e 225).

De outra banda, indo de encontro agora aos chamados “direitos sociais”, tem-se que, no Brasil, a primeira Constituição a inscrever um título sobre a ordem econômica e social foi a de 1934, sendo que na referida Constituição, bem como nas posteriores, os capítulos da ordem social e da ordem econômica sempre se encontravam misturados, de modo que os direitos sociais acabavam por emergir do capítulo da ordem social. Foi apenas com a Constituição de 1988 que surgiu um capítulo próprio dos direitos sociais (capítulo II do título II), separado, pois, da ordem social (título VIII) (SILVA, 2017).

Desta forma, os direitos sociais seriam uma extensão propriamente dita dos direitos fundamentais do homem, “prestações positivas proporcionados pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais”, sendo, assim, “direitos que se ligam ao direito de igualdade” (SILVA, 2017, p. 288-289).

Dimoulis e Martins esclarecem que o fato de os direitos sociais possuírem como objetivo a “melhoria de vida de vastas categorias da população, mediante políticas públicas e medidas concretas de política social” (DIMOULIS; MARTINS, 2014, p. 52), não faz com que referidos direitos sejam tidos como coletivos, pois, sendo os direitos sociais também direitos fundamentais, são estes direitos públicos subjetivos, que não apenas são individualizáveis, como também são primordialmente direitos individuais.

Os juristas ainda afirmam que as prestações estatais que efetivam os direitos sociais podem ser de duas espécies: 1) Prestações materiais, que compreendem “o oferecimento de bens ou serviços a pessoas que não podem adquiri-lo no mercado (alimentação, educação, saúde etc.), como no oferecimento universal de serviços monopolizados pelo Estado (segurança pública)”; 2) Prestações normativas, que se traduzem na “criação de normas jurídicas que tutelam interesses individuais”, como se dá, a título de exemplo, “com a obrigação estatal de legislar sobre as férias remuneradas (art. 7º, XVII, da CF)” (DIMOULIS; MARTINS, 2014, p. 53).

Outrossim, no tocante ao conceito de saúde, tem-se que apenas na Constituição de 1988 é que a saúde foi elevada ao patamar de direito fundamental, a qual situa referido direito dentro do campo da seguridade social (arts. 196 a 200) e afirma ser a mesma um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do

risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196), declarando, ainda, que “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (art. 197) (BRASIL, 1988).

Desta forma, o direito à saúde comporta duas vertentes, conforme anotam Gomes Canotilho e Vital Moreira “uma, de natureza negativa, que consiste no direito a exigir do Estado (ou de terceiros) que se abstenha de qualquer acto que prejudique a sua saúde; outra, de natureza positiva, que significa o direito às medidas e prestações estaduais visando a prevenção das doenças e o tratamento delas” (cf. SILVA, 2017, p. 312). Ambas as vertentes também são possíveis de visualizar através da definição de saúde trazida pela própria Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme se verá a seguir.

A definição de saúde proposta pela OMS, apresenta a saúde como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”, sendo que “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”, ainda, que “a saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados” (OMS, 1946).

Assim, percebe-se que mencionada agência especializada em saúde não apenas traz a saúde propriamente dita como sendo um direito fundamental de todo ser humano e fator primordial para o alcance da paz, como declara ser, também, a saúde mental um direito fundamental, à medida que preceitua ser a saúde um “estado de completo bem-estar físico, *mental* e social”, bem como afirma que “a extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, *psicológicos* e afins é essencial para atingir o mais elevado grau de saúde” (OMS, 1946, grifo nosso). Ainda, o “termo ‘bem-estar’, presente na definição da OMS, é um componente tanto do conceito de saúde, quanto de saúde mental”, e “é entendido como um constructo de natureza subjetiva, fortemente influenciado pela cultura” (GAINO et alli, 2018, p. 110).

Nesta seara, a OMS, em seu relatório intitulado “Investindo em saúde mental: evidência para a ação”, traz a definição de saúde mental como sendo "um estado de bem-estar em que cada indivíduo percebe seu próprio potencial, pode lidar com as tensões normais da vida, pode

trabalhar produtivamente, e é capaz de contribuir para sua comunidade” (OMS, 1946). Deste modo, a Constituição da Organização Mundial de Saúde elucida acerca do:

necessário cuidado que deve ser direcionado à saúde mental do indivíduo, entendendo-se esta como um direito do ser humano e que deve ser garantido em conformidade com o que rege a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (SANTOS et alli, 2018, p. 7-8).

Por fim, sendo o direito fundamental social à saúde mental um direito de todo ser humano, essencial para uma sadia qualidade de vida, tem-se que a CRFB, em seu artigo 196, expressa que a saúde é um dever do Estado, o qual deverá garanti-la por meio de políticas sociais e econômicas. Neste sentido, as políticas públicas se apresentam como ações e programas do governo direcionadas à efetivação, não apenas do direito à saúde como um todo, mas do próprio direito social fundamental à saúde mental (SANTOS et al, 2018).

## 1.2. POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

A definição de políticas públicas acabou se ressignificando ao longo dos anos, de maneira que predominam vários significados. Thomas Dye apresenta as políticas públicas como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer” (cf. BRASIL; CAPELLA, 2016, p. 74). Mead a retrata “como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas” (cf. SOUZA, 2006, p. 5). Já para Dias e Matos, seriam “as ações empreendidas ou não pelo governo que deveriam estabelecer condições de equidade no convívio social, tendo por objetivo dar condições para que todos possam atingir uma melhoria da qualidade de vida compatível com a dignidade humana” (DIAS; MATOS, 2012, p. 12). Ainda, Francisco de Assis Acurcio afirma que compreende as políticas públicas

como sendo o conjunto das diretrizes e referenciais ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta. Em outras palavras, política pública é a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade (ACURCIO, 2007, p. 1).

Portanto, “não há definição de políticas públicas precisa e universal”, o que se tem é

uma visão comum de que as políticas públicas envolvem o processo de fazer escolhas e os resultados das escolhas; de que o que faz as políticas públicas realmente “públicas” é que essas escolhas se baseiam nos poderes coercitivos do Estado, e que, em sua essência, política pública é uma resposta a um problema percebido (cf. BRASIL; CAPELLA, 2016, p 74-75)

A política pública, como sendo um campo da Ciência Política, teve origem no século XX, nos Estados Unidos (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015), podendo-se afirmar que possuiu

quatro grandes fundadores: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton (SOUZA, 2006). No ano de 1936, Laswell publica o livro *Política: quem ganha o quê, quando e como*, considerada até hoje uma das definições mais populares de políticas públicas (DIAS; MATOS, 2012), sendo responsável por apresentar, “pela primeira vez, a expressão análise de Política Pública (Policy Analysis)” (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015. p. 14), como sendo a maneira de “conciliar conhecimento científico/acadêmico com a produção empírica dos governos e também como forma de estabelecer o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo” (SOUZA, 2006, p. 4). Em 1951 as políticas públicas começaram a se organizar já como área disciplinar específica (DIAS; MATOS, 2012), com a publicação dos livros “O processo governamental”, de David B. Truman e “As ciências políticas”, de Daniel Lerner e Harold. D. Lasswell.

Posteriormente, em 1957, Simon traz à tona o conceito de “racionalidade limitada dos decisores públicos (policy maker)” (SOUZA, 2006, p. 4), afirmando, porém, que “a limitação da racionalidade poderia ser minimizada pelo conhecimento racional” (SOUZA, 2006, p. 4) Isto é, o economista acreditava que sempre haviam limitações na racionalidade dos decisores políticos, as quais poderiam variar, indo desde a informação incompleta, até o auto-interesse dos próprios decisores, todavia, caso a racionalidade fosse maximizada até um ponto satisfatório, poderia modelar os comportamentos na direção dos resultados almejados (SOUZA, 2006).

Em 1959, Charles Lindblom, assumindo uma posição crítica em relação aos pensamentos de Laswell e Simon, se posicionou no sentido de que “as políticas públicas precisariam incorporar outros elementos à sua formulação e à sua análise além das questões de racionalidade, tais como o papel das eleições, das burocracias, dos partidos e dos grupos de interesse” (SOUZA, 2006, p. 5).

No ano de 1965, Easton traz consigo a definição de política pública como sendo um sistema, uma espécie de “relação entre formulação, resultados e o ambiente”, a qual “recebem inputs dos partidos, da mídia e dos grupos de interesse, que influenciam seus resultados e efeitos” (SOUZA, 2006, p. 5).

No Brasil, apenas em 1980 é que ocorreram os “primeiros esforços de institucionalização da área de políticas públicas” (BRASIL; CAPELLA, 2016, p. 79), com o início efetivo dos estudos nessa área (DIAS; MATOS, 2012, p. 11), sendo que, atualmente, o campo de políticas públicas “ainda é bastante incipiente, padecendo de grande fragmentação organizacional e

temática e tendo uma institucionalização ainda precária” (cf. BRASIL; CAPELLA, 2016, p. 78).

Em relação aos estudos em políticas públicas no país, tem-se que houve uma progressiva mudança em seu foco, indo de investigações centradas no papel do Estado para “estudos que privilegiam o estudo das ações governamentais, envolvendo os processos típicos de produção de políticas públicas como formulação, decisão, implementação e avaliação” (BRASIL; CAPELLA, 2016, p. 87). Podendo-se supor, deste modo, que o foco inicial no papel do Estado foi herança dos estudos de políticas públicas no âmbito internacional, haja vista que no referido âmbito havia uma maior concentração na análise do Estado e suas instituições do que na produção dos governos, do que na produção de política, retratando, assim, o Estado sempre como o ator fundamental na produção de políticas públicas (BRASIL; CAPELLA, 2016).

Autores nacionais, como Melo (1999), Faria (2003), Souza (2007), Arretche (2003), Farah (2011) são tidos como os responsáveis por estudar e identificar as semelhanças e diferenças entre o campo das políticas públicas no âmbito internacional e no Brasil (BRASIL; CAPELLA, 2016). Referidos estudiosos apontam que o reconhecimento e a consolidação das políticas públicas no Brasil estão diretamente ligados à Reforma Administrativa dos anos de 1990.

A Reforma Administrativa ocorrida em meados dos anos 1990 surgiu como oposição ao até então Estado centralizador desenvolvimentista, possuindo como princípios fundamentais a “redefinição do papel e das funções do Estado” e partindo da compreensão de que “o Estado – entendido aqui como o Executivo federal- não seria capaz de dominar os conflitos sociais de um país com dimensões continentais e com desigualdades sociais e econômicas importantes” (BRASIL; CAPELLA, 2016, p. 79). Assim, a relação entre Estado e sociedade sofreu alterações, de forma que o pacto federativo foi fortalecido através da descentralização do poder político e de uma maior autonomia dos Estados e Municípios (BRASIL; CAPELLA, 2016).

Neste sentido, Felipe Gonçalves Brasil e Ana Cláudia Niedhardt Capella afirmam que:

Outra característica importante desse período é a questão gerencial: a gestão das políticas públicas. Orientada pela análise técnica e estratégica, a administração pública passa por um reordenamento interno que forma novos quadros com objetivos que vinculam tanto a questão democrática e cidadã; a questão estratégica e econômica, quanto a questão da descentralização e das relações entre sociedade e Estado: a formulação, implementação e avaliação das políticas públicas (BRASIL; CAPELLA, 2016, p. 80).

Ainda, Costa, ao elucidar que “a Reforma do Estado contempla transformações que se dão nas suas relações com a sociedade, na configuração de seu aparelho e das suas práticas de

gestão”, tendo, assim, “pelo menos quatro dimensões importantes: a cidadania, a democracia, a governabilidade e a governança” (cf. BRASIL; CAPELLA, 2016, p. 80) acaba por reafirmar como mencionada reforma teve papel fundamental na consolidação do campo das políticas públicas, haja vista que questões como governabilidade e governança se encontram intimamente ligadas ao “Estado em ação”, isto é, “ao modo como o Estado se posiciona e produz políticas públicas” (BRASIL; CAPELLA, 2016, p. 80).

No decorrer dos anos 2000 o que se percebe é uma expansão do campo das políticas públicas, tendo emergido os “primeiros estudos teóricos e revisões sobre a literatura internacional sobre o processo de políticas públicas”, onde autores como Souza (2006) e Faria (2003) “começam a inserir na literatura nacional termos, modelos teóricos e metodológicos já utilizados pela literatura estadunidense, sobretudo, desde meados dos anos 80” (BRASIL; CAPELLA, 2016, p. 84).

De outra banda, no que tange aos tipos de políticas públicas, tem-se a “tipologia de Lowi” ou “teoria das arenas do poder”, formulada pelo cientista Theodore J. Lowi, na qual cada tipo de política presumia uma rede distinta de atores, assim como “arenas, estruturas de decisões e contextos institucionais diferentes” (DIAS; MATOS, 2012, p. 17). Assim, as políticas públicas estariam divididas em quatro grandes tipos:

- (i) *Regulatória*: por se desenvolver em um ambiente predominantemente pluralista, acaba abrangendo “discriminação no atendimento das demandas de grupos distinguindo os beneficiados e prejudicados por essas políticas, estabelecendo controle, regulamento e padrões de comportamento de certas atividades políticas” (DIAS; MATOS, 2012, p. 18). Tendo como exemplo a regulamentação dos setores econômico e de serviço (energia, código de trânsito);
- (ii) *Distributiva*: nada obstante os beneficiários dessa política serem um grupo determinado, seus custos acabam sendo arcados por toda a sociedade, o que acaba gerando a nitidez dos benefícios e custo impreciso, não concentrado. É o caso, por exemplo, das “políticas da previdência social no Brasil que subsidiam aposentadorias e benefícios para trabalhadores rurais, pessoas com deficiência etc.” (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015, p. 21);
- (iii) *Redistributiva*: essa política expressa de maneira nítida interesses opostos, tratando-se de um “jogo de soma zero”, onde se um sai ganhando, o outro acaba saindo perdendo, isto é, “o benefício para uma categoria resulta em custos sobre as outras” (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015, p. 21). A título de exemplo temos a política

de incentivo fiscal em relação a determinados segmentos industriais no Brasil, os programas de previdências e as cotas raciais nas universidades;

- (iv) *Constitutivas*: são políticas que “definem as competências, jurisdições, regras da disputa política e da elaboração de políticas públicas” (cf. DIAS; MATOS, 2012, p. 18), apresentando-se como “meta-policies” (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015, p. 21), pois situa-se em categoria superior em relação às outras políticas públicas. O ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, exemplificando, manifestou sua meta-policies nas políticas sociais de redução da pobreza e desigualdade.

Por fim, as políticas públicas também podem ser compreendidas em ciclos. Apesar de as políticas públicas se constituírem em ambientes caóticos, cheios de tensões, de “alta densidade política (politics)” (RUA, 2014, p. 33), uma maneira de se visualizar sua formação, suas etapas, é por meio do estudo do “Ciclo da Política Pública (Policy Cycle)” (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015, p. 23), assim denominado por Lindblon. Porém, necessário ressaltar que pode não se tratar de um ciclo totalmente sequencial, havendo vezes em que as fases acabam se misturando, justamente pelo fato de as políticas públicas, como dito anteriormente, se encontrarem num meio de alta densidade e complexidade.

Ainda, nota-se que os estágios do ciclo das políticas públicas acabam sendo retratados de formas diferentes, conforme a linha de pensamento e interpretação do estudioso. Por exemplo, Harold Lasswell (1971), entendido por muitos como sendo o precursor da ideia de políticas públicas em ciclos, divide “o processo da política pública em sete estágios: (1) informação, (2) promoção, (3) prescrição, (4) invocação, (5) aplicação, (6) término e (7) avaliação” (cf. RAEDER, 2014, p. 127-128). Já Maria das Graças Rua, por meio da associação do modelo sistêmico - onde “a política é definida como resposta de um sistema político a forças geradas no ambiente” (RUA, 2014, p. 28) - com o modelo do ciclo de política (policy cycle), opta por retratar o ciclo das políticas públicas como sendo: Formação da agenda, Definição do problema, Análise do problema → Formação de alternativas, Tomada de decisão: adoção da política → Implementação, Monitoramento → Avaliação, Ajuste” (RUA, 2014)

Nesta seara, optou-se por se utilizar o modelo proposto por Savio Raeder, o qual apresenta uma abordagem integradora dos modelos de ciclos de políticas públicas. Assim, as fases do ciclo da política pública seriam:

- (i) *percepção e definição de problemas*: nada obstante a maioria dos problemas não chegar na fase da agenda decisória, haja vista a escassez de recursos públicos para

isso, nessa primeira fase, através de critérios técnicos, indicadores de urgência, feedback das políticas em curso, ocorre uma espécie de seleção dos problemas “mais prioritários e passíveis de resolução pelo sistema político (RAEDER, 2014, p. 129);

- (ii) *formação da agenda decisória*: a agenda é o “conjunto de problemas encarados como relevantes pelos atores envolvidos com a política” (RAEDER, 2014, p. 130), podendo ser posta em prática através de “um programa de governo, um planejamento orçamentário ou mesmo um estatuto partidário” (RAEDER, 2014, p. 130). Podem haver três tipos de agenda: a) agenda política, a qual expressa “problemas que a comunidade política entende como merecedor de uma intervenção pública” (RAEDER, 2014, p. 130); b) agenda formal, composta pelos problemas que o governo já resolveu enfrentar; c) agenda de mídia, constituindo-se dos problemas que se sobressaem nos meios de comunicação. Ainda, a elaboração da agenda decisória conta com a participação de atores visíveis e invisíveis, sendo os primeiros a mídia, partidos políticos, grupos de pressão, e os segundo são compostos por acadêmicos, burocratas, sendo que “enquanto os atores visíveis influenciariam mais os atores invisíveis, os atores invisíveis trabalhariam mais na especificação de alternativas” (RAEDER, 2014, p. 131);
- (iii) *formulação de programas e projetos*: os programas e projetos são responsáveis por guiar a execução das ações públicas que são as soluções para os problemas anteriormente definidos, sendo que quanto maior o grau de conhecimento acerca do problema, mais específicos poderão ser os parâmetros que tratarão de demarcar os beneficiários e a quantidade de recurso que deverá ser despendida. Ainda, essa fase pode ser subdividida em outras três, sendo elas: 1) transformação de uma massa de dados em informações relevantes; 2) combinação de valores e princípios com informações factuais a fim de produzir conhecimento sobre a ação; 3) transformação do conhecimento empírico e normativo em ações públicas;
- (iv) *implementação das políticas delineadas*: trata-se do momento de materialização “da solução dos problemas que foram definidos na agenda decisória, problemas que deverão ser tratados a partir dos critérios definidos na etapa anterior” (RAEDER, 2014, p. 133), sendo que alguns exemplos de ferramentas de concretização de política pública são “regulamentação, legalização, impostos, subsídios, prestação

de serviço público, transferências de renda, campanhas e concursos” (RAEDER, 2014, p. 133);

- (v) *monitoramento e avaliação das ações planejadas*: a avaliação pode se dar tanto antes, quanto durante e também depois da implementação da política, sendo que quando ocorre durante, têm-se o monitoramento. Mesmo havendo diversos modelos de avaliação, a orientação é uníssona no sentido de que deve haver clareza em relação aos parâmetros utilizados na avaliação. Por fim, as avaliações são a última etapa do ciclo da política pública, tendo como objetivo proporcionar “os subsídios para o início de um novo ciclo, voltado para a resolução do problema não equacionado ou indicando a resolução completa das questões que a política objetivava resolver” (RAEDER, 2014, p. 135).

Assim, nada obstante as políticas públicas terem sido reconhecidas e consolidadas no Brasil nos anos de 1990, com a dita Reforma Administrativa, ainda podem ser retratadas como representando um processo complexo, envolto em decisões políticas e se consubstanciando através de ciclos, conforme apresentado anteriormente. Neste sentido, dentre os tipos de políticas públicas existentes em nosso país, se encontram as políticas públicas de saúde, responsáveis por efetivar o direito fundamental à saúde, conforme preceitua o art. 196 da CRFB e tendo o SUS como sua maior concretização.

### 1.3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A história das políticas públicas de saúde em nosso País retrata uma trajetória de luta, persistência e constante desenvolvimento. Tem-se notícia de que referida trajetória teve início na República Velha (1889-1930) onde, após a abolição da escravidão (1888) e grande imigração de mão de obra assalariada, o governo se viu na obrigação de tomar uma atitude diante das epidemias que estavam acabando com a população, a qual reduzia drasticamente a quantidade de pessoas que vinham para o Brasil. Neste sentido, o governo, com Oswaldo Cruz como diretor Geral de Saúde Pública, efetivou programas de saúde pública em nível nacional, com “campanhas sanitárias” e vacinação obrigatória, todavia, sempre aliando a saúde com a força policial. Ainda, em relação à assistência médica individual, quem possuía dinheiro buscava ajuda dos “médicos de família”, enquanto os mais desafortunados, compondo grande parte da população, recorria aos atendimentos solidários das igrejas e à medicina caseira, retratando, claramente, que na República Velha a assistência médica era vista como favor do Estado à

população, marcada por relações patrimonialistas de poder sem qualquer instrumento jurídico-legal que garantisse sua universalidade (ASENSI, 2010).

No ano de 1902, ainda tendo como foco a questão da imigração, a qual aparece como substituição à antiga mão de obra escrava no trabalho da cultura cafeeira, o governo do presidente Rodrigo Alves promove programas de combate à febre amarela em São Paulo e de saneamento na cidade do Rio de Janeiro. Posteriormente, em 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, definida por muitos como sendo o marco do início da Previdência Social no Brasil (RONCALLI, 2003), surgem as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), tendo como objetivo “conferir estatuto legal a iniciativas já existentes de organização dos trabalhadores por fábricas, visando garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma futura aposentadoria” (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2006, p. 31), assim, as CAPS eram custeadas pelos próprios empregados e empregadores, tendo como administradores representantes dos mesmos, de modo que o setor público possuía apenas a função de resolução de conflitos. Ainda, afirma Roncalli que “no período das CAPs, pelo menos até 1930, a assistência médica era colocada como prerrogativa fundamental deste embrionário sistema previdenciário e foi bastante desenvolvida a estruturação de uma rede própria (RONCALLI, 2003, p. 30).

Em 1930, época governada por Getúlio Vargas e marcada pelo fim do domínio político das oligarquias regionais, o qual culminou na reforma política e administrativa que deu origem à Constituição de 1934, bem como na ditadura do Estado Novo (1930-1945), ocorre a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), os quais “podem ser visto como resposta, por parte do Estado, às lutas e reivindicações dos trabalhadores no contexto de consolidação dos processos de industrialização e urbanização brasileiros” (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2006, p. 32). Nos IAPs, em contraposição aos CAPs, existia mais presença estatal, de modo que faziam parte da sua administração não apenas representantes dos empregados e dos empregadores, mas também uma pessoa indicada pelo próprio Presidente da República, a qual possuía a função de assessoria e fiscalização.

Nos anos de 1945 a 1964, o Brasil passava pelo período de redemocratização, período “marcado pelas eleições diretas para os principais cargos políticos, pelo pluripartidarismo e pela liberdade de atuação da imprensa, das agremiações políticas e dos sindicatos” (ACURCIO, 2007, p. 7). Neste período, foi criado o Ministério da Saúde, em 1953. Nada obstante, após o golpe militar de 1964, sob uma visão de saúde como “elemento individual e não como fenômeno coletivo” (ACURCIO, 2007, p. 8), houve uma drástica redução das verbas

designadas para a área da saúde pública. Um ano após o golpe, em 1965, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), fruto da fusão dos IAPs.

Nesta seara, aponta Roncalli:

A lógica da prestação de assistência à saúde pelo INPS privilegiava a compra de serviços às grandes corporações médicas privadas, notadamente hospitais e multinacionais fabricantes de medicamentos. Estabelece-se, então, o “complexo previdenciário médico-industrial” composto pelo sistema próprio e o contratado (conveniado ou credenciado) (RONCALLI, 2003, p. 31-32)

No ano de 1977, houve a criação da Assistência e Previdência Social (SINPAS) e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Enquanto o primeiro possuía o propósito de “disciplinar a concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços, o custeio de atividades e programas, a gestão administrativa, financeira e patrimonial da previdência” (ACURCIO, 2007, p. 10), o INAMPS era um órgão governamental dentro do SINPAS, o qual prestava assistência médica “à custa de compra de serviços médico hospitalares e especializados do setor privado” (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2006, p. 32).

Em 1982 ocorre a implantação do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), o qual colocava em destaque a atenção primária e objetivava, além da integração das instituições públicas da saúde, a “criação de sistemas de referência e contra-referência e a atribuição de prioridade para a rede pública de serviços de saúde, com complementação pela rede privada, após sua plena utilização” (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2006, p. 33); (...) “a descentralização da administração dos recursos”; a “simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle”; a “racionalização do uso de procedimentos de custo elevado”; e o “estabelecimento de critérios racionais para todos os procedimentos” (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2006, p. 33).

Quatro anos após a criação do PAIS, em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, responsável por consagrar o princípio da saúde como direito universal e dever do Estado. Ainda, afirmam Aylton Paulus Júnior e Luiz Cordoni Júnior, que “as bases do sistema atual, o SUS – Sistema Único de Saúde – foram dadas por esta conferência que envolveu mais de 5.000 participantes e produziu um relatório que subsidiou decisivamente a Constituição Federal de 1988 nos assuntos de Saúde” (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006, p. 17).

Em 1987 houve a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), evidenciando a primeira vez em que houve repasse de recursos, do Governo Federal para os

Estados e Municípios, a fim de que estes procedessem à ampliação de suas redes de serviços. Em 1988 foi aprovada a “Constituição Cidadã”, através da qual se estabeleceu a saúde como direito universal, incluindo, pela primeira vez na história das Constituições brasileiras, uma seção sobre a saúde, tendo ficado instituído, ainda, que a saúde é dever constitucional não apenas da União, mas de todas as esferas do governo. Nesta seara, expressa a Constituição da República Federativa de 1988 (CRFB/88), no Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II (Da Seguridade Social), Seção II (Da Saúde), artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Ainda, acerca da disposição do serviço de saúde, preceitua a CRFB/88:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - *descentralização*, com direção única em cada esfera de governo;

II - *atendimento integral*, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - *participação da comunidade*.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988, grifo nosso).

Desta forma, criava-se o Sistema Único de Saúde (SUS), considerado o maior projeto de política pública de saúde do país. Todavia, o mesmo apenas foi regulamentado dois anos após, através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1988). Como sendo a primeira lei orgânica do SUS, a mesma explicita os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento.

Neste diapasão, torna-se necessário destacar algumas características fundamentais do SUS, propostas pela referida Lei: 1) o SUS é financiado, principalmente, por meio dos recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; 2) ao afirmar, em seu art. 3º, *caput* e parágrafo único, que

os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o

saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990)

Ainda, que “dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social”, esta Lei passa a tratar a saúde de um modo amplo, não apenas ficando condicionado a saúde à ausência de doenças e a um bem estar físico e emocional; 3) os princípios e diretrizes do SUS, elencados no Capítulo II da referida Lei, mostram-se como inovadores e extremamente importantes no contexto da saúde, apresentando questões como a universalidade de acesso à saúde, a integralidade da assistência e a participação da comunidade.

No mesmo ano, surge a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a qual “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1988), criando a Conferência de Saúde e Conselho de Saúde, além de conferir legitimidade aos órgãos que representam os governos estaduais CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde).

Nos anos seguintes o que se tem são eventos, ações, leis, diretrizes, que possuem como foco o fortalecimento do criado SUS. Em 1991, ocorre a criação da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT), composta por representantes “do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais de saúde e das secretarias municipais de saúde e da primeira norma operacional básica do SUS, além da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), para o acompanhamento da implantação e operacionalização da implantação do recém criado SUS” (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2007, p. 35). Em 1996 ocorre a 10ª Conferência Nacional de Saúde: “Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”. Em 1999 há a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), como sendo uma nova forma de registro e fiscalização tanto de medicamentos, quanto de alimentos. No ano de 2003, ocorre a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Por fim, o que se deve ter em mente é que o SUS não representa apenas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), popularmente conhecidas como “Postinhos de Saúde”, indo muito além disso. O SUS:

desenvolve, nas cidades, no interior, nas fronteiras, portos e aeroportos, outras ações importantes como a prevenção, a vacinação e o controle das doenças. Faz vigilância permanente nas condições sanitárias, no saneamento, nos ambientes, na segurança do trabalho, na higiene dos estabelecimentos e serviços. Regula o registro de medicamentos, insumos e equipamentos, controla a qualidade dos alimentos e sua

manipulação. Normaliza serviços e define padrões para garantir maior proteção à saúde (BRASIL, 2011, p. 11).

Nesta seara, preceitua Nelson Rodrigues dos Santos:

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas (...) Estes avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e funcionamento das comissões Intergestores (Tripartite nacional e Bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do INAMPS unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e funcionamento dos conselhos de saúde, e fundamentalmente, com o belo contágio e a influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, levando às grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrente força e pressão social (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2006, p. 39).

Assim, a importância do SUS, maior efetivação da política pública de acesso à saúde em nosso país, é imensurável, de modo que “como parte da Reforma Sanitária é um processo que estará sempre em aperfeiçoamento e adaptação” (cf. MARIANO, 2012, p. 9) Neste sentido, dentre os vários órgãos que compõem o SUS, se encontra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Fruto de diversas lutas de movimentos, entre eles o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), a RAPS é a responsável por concretizar os direitos à saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme se verá no tópico seguinte.

#### 1.4. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Antes de se adentrar propriamente na questão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é necessário elucidar, mesmo que sem entrar nos pormenores, como a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial foram uma ponte para que a saúde mental fosse tratada de forma coletiva e humanizada, através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, tem-se 1978 como o ano da gênese dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. Neste ano, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), composto por todos aqueles que se viam insatisfeitos com a assistência psiquiátrica da época: indivíduos que já possuíam internações, familiares, sindicalistas, membros do movimento sanitário, integrantes de associações de profissionais. Desta forma, referido movimento torna-se o “ator principal” nessa luta e sua trajetória já se inicia no mesmo de seu surgimento: no ano de 1978 ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro; através de uma parceria com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), o MTSM realiza Comissões de Saúde Mental, sobretudo em São Paulo, Rio de Janeiro, Minas

Gerais e Bahia, locais onde a CEBES se encontrava mais presente; ocorre o II Congresso Nacional do MTSM, em São Paulo, tendo como tema “Por uma sociedade sem manicômios”. Em relação ao referido Congresso, elucida Paulo Amarante e Mônica de Oliveira Antunes que:

“Por uma sociedade sem manicômios” revela duas transformações significativas no movimento. Uma, que diz respeito à sua constituição, na medida em que deixa de ser um coletivo de profissionais para se tornar um movimento social, não apenas com os próprios “loucos” e seus familiares, mas também com outros ativistas de direitos humanos. Outra, que se refere à sua imagem-objeto, até então relativamente associada à melhoria do sistema, à luta contra a violência, a discriminação e segregação, mas não explicitamente pela extinção das instituições e concepções manicomialistas. A partir de então se transforma em Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2069).

Ainda em 1978, surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, na cidade de São Paulo. O ano seguinte, em 1979, também continuou marcado por intensos eventos e expansão dos ideais do Movimento pelo país todo: ocorre o I Congresso de Saúde Mental, em São Paulo; a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, também em São Paulo, realiza uma intervenção no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, onde ocorriam não apenas maus tratos, como mortes, sendo posteriormente implementada no referido Município, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os quais funcionavam 24 horas, bem como moradias para quem saísse dos hospitais psiquiátricos, o que acabou por ter uma enorme repercussão nacional, fazendo com que o Movimento tivesse mais visibilidade e a população pudesse enxergar a possibilidade de implantação real de seus ideais.

Necessário ressaltar que um dos resultados desses eventos que ocorreram em prol da saúde mental, organizados pelo MLA, foi a vinda de grandes autores e estudiosos desse campo ao Brasil, entre eles o médico psiquiatra Franco Basaglia, um dos maiores responsáveis por dar fim aos manicômios na Itália. As vindas do médico ao país foram responsáveis por contaminar os profissionais brasileiros com pensamentos críticos em relação às instituições psiquiátricas, fazendo com que começassem a questionar as mesmas.

No ano de 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, sendo a primeira conferência aberta ao público. Em 1988, houve a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, a qual elenca a saúde como direito universal e cria o SUS. Em 1989 ocorreu a entrada no Congresso Nacional do projeto de Lei do Deputado Delgado (PT/MG), na qual se preconiza a extinção gradual dos manicômios em nosso País e os direitos das pessoas possuidoras de transtornos mentais. Em 1990, o Governo assinou a Declaração de Caracas, na qual não apenas passou a assumir a responsabilidade de garantir direitos humanos

às pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos, como também se propôs a organizar serviços comunitários de saúde mental.

Em 1992, com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, bem como com a aprovação em vários Estados das primeiras leis que ordenaram a alteração paulatina dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, há a entrada em vigor das primeiras normas federais que regulam a implantação de serviços de atenção diária. Em 1993, já constituído como Movimento da Luta Antimanicomial, referido coletivo organizou o primeiro evento próprio, com autonomia, passando também a cooperar em eventos de nível nacional de associações de usuários de serviços de saúde mental e familiares, tendo, ainda, criado o Dia Nacional da Luta Antimanicomial (18 de maio), data responsável por conscientizar a sociedade em geral sobre a violência institucional para com as pessoas com sofrimento psíquico.

Posteriormente, em 2001, a Lei Paulo Delgado (Lei Federal 10.216) é sancionada em nosso país, com modificações em seu texto original, dispondo sobre a “proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, afirmando, ainda, em seu artigo 3º que:

(...) é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

Finalmente, em 23 de dezembro de 2011, a Portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011) “institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Sendo que sua finalidade, conforme art. 1º da referida Portaria, é “a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

A RAPS possui como objetivos gerais:

- I - *ampliar o acesso* à atenção psicossocial da população em geral;
- II - *promover o acesso* das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;
- III - *garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território*, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011, grifo nosso).

Ademais, acentuam-se os seguintes objetivos específicos:

- (i) *promover cuidados em saúde* especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- (ii) *prevenir o consumo e a dependência* de crack, álcool e outras drogas;
- (iii) *reduzir danos provocados pelo consumo* de crack, álcool e outras drogas;
- (iv) *promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental* e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- (v) *promover mecanismos de formação permanente* aos profissionais de saúde;
- (vi) *desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos* em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- (vii) *produzir e ofertar informações* sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- (viii) *regular e organizar as demandas* e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e
- (ix) *monitorar e avaliar a qualidade dos serviços* por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2011, grifo nosso).

Nada obstante a Portaria nº 3.088 apresentar, de forma extremamente pormenorizada, os componentes da RAPS, se trará a tona, neste momento, apenas o art. 5º, sendo entendido como o “central” para o entendimento dos componentes da referida Rede. Assim:

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

*I – Atenção básica em saúde*, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- (a) Unidade Básica de Saúde;
- (b) equipe de atenção básica para populações específicas:
  1. Equipe de Consultório na Rua;
  2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- (c) Centros de Convivência;

*II – Atenção psicossocial especializada*, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- (a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

*III – Atenção de urgência e emergência*, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- (a) SAMU 192;
- (b) Sala de Estabilização;
- (c) UPA 24 horas;
- (d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- (e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

*IV – Atenção residencial de caráter transitório*, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- (a) Unidade de Recolhimento;
- (b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

*V – Atenção hospitalar*, formada pelos seguintes pontos de atenção:

(a) enfermaria especializada em Hospital Geral;

(b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

*VII – Estratégias de desinstitucionalização*, formada pelo seguinte ponto de atenção:

(a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

*VIII – Reabilitação psicossocial* (BRASIL, 2011, grifo nosso).

Deste modo, denota-se que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) rompe com o até então modelo de saúde centralizado, possuidor de organizações hierárquicas extremamente rígidas e desumanas, para então colocar em prática um modelo mais humano, com organizações flexíveis, abertas, dinâmicas, a qual oportunizam o “compartilhamento e a interdependência de objetivos, informações, compromissos e resultados” (cf. CARDOSO et al, 2013, p. 9).

## **2. COMPREENDENDO O FUNCIONAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) EM FLORIANÓPOLIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Por meio de uma revisão integrativa da literatura, método situado dentro da categoria da revisão bibliográfica sistemática e capaz de reunir e sintetizar de maneira ordenada os trabalhos realizados acerca de uma questão definida, o presente capítulo perpassará por seis fases – 1) Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; e seleção das publicações; 3) Definição das informações extraídas das publicações revisadas; 4) Categorização dos dados obtidos; 5) Avaliação dos estudos selecionados; 6) Interpretação e apresentação/síntese dos resultados da pesquisa – a fim de responder a questão norteadora: “*A ausência de estrutura física, política e econômica da Rede de Atenção Psicossocial, em especial a do Município de Florianópolis, acaba por torná-la incapaz de atender de modo satisfativo as demandas de tratamento psicológico, desrespeitando o preceito constitucional do direito à saúde como direito fundamental?*”, sendo, portanto, um capítulo voltado à atuação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para com as demandas psicológicas, tendo como foco o Município de Florianópolis.

### **2.1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

A revisão da literatura se utiliza de “fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para obtenção de resultados de pesquisa de outros autores, com o objetivo de fundamentar teoricamente um determinado tema” (ÑNIMA EDUCAÇÃO, 2014, p. 1). Nesse sentido, tem-se que o amplo desenvolvimento de bases de dados eletrônicas, o que acaba gerando um acesso mais rápido e fácil à informação, é um dos fatores que vem favorecendo o uso de revisões metodológicas (UFSC, 2011). Ainda, Martins elucida que a revisão da literatura se refere à fundamentação teórica que o pesquisador irá adotar para tratar o tema e o problema da pesquisa, sendo que por meio da análise da literatura publicada é que se poderá traçar um quadro teórico e se realizar uma estruturação conceitual que dará sustentação ao desenvolvimento da pesquisa (MARTINS, 2018).

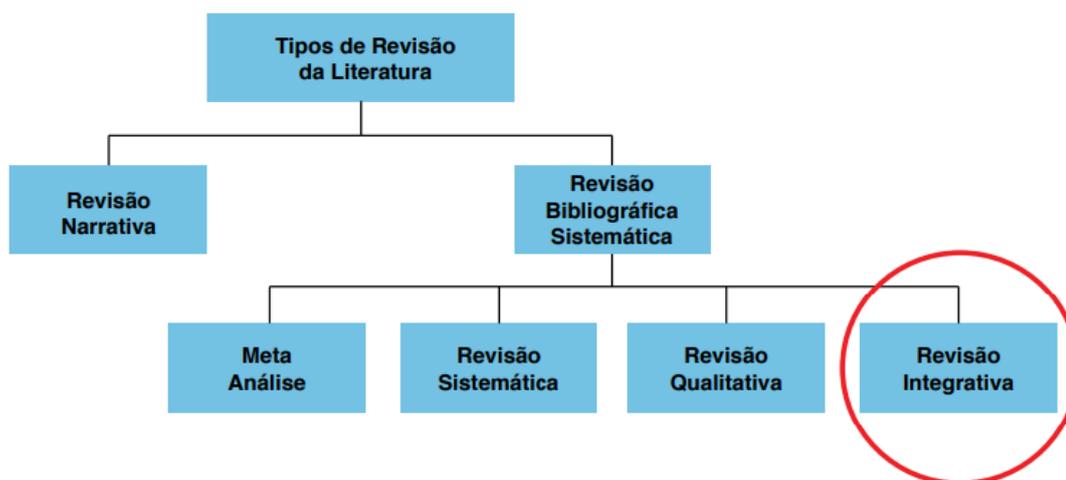
Por se tratar de um tipo de revisão muito amplo, isto é, por cobrir todo o material relevante que é escrito sobre um determinado tema (UNESP, 2015), a revisão da literatura acaba se desdobrando em duas outras categorias: a revisão narrativa e a revisão bibliográfica sistemática. A primeira, revisão narrativa, se utiliza “da aquisição e atualização de conhecimento sobre um determinado tema em curto período de tempo” [...] “para descrever o estado da arte de um

assunto específico, sob o ponto de vista teórico ou contextual”, constituindo-se basicamente “da análise da literatura, da interpretação e análise crítica pessoal do pesquisador” (ÑNIMA EDUCAÇÃO, 2014, p. 3). Todavia, nada obstante esse tipo de revisão possibilitar a aquisição e atualização de conhecimento sobre um determinado tema em curto período de tempo, acaba não possuindo uma metodologia que viabilize a reprodução dos dados e nem traz respostas quantitativas para determinados questionamentos (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Nesta seara, Cordeiro afirma:

Quando comparada à revisão sistemática, a revisão narrativa ou tradicional apresenta uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão de pesquisa bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva (cf. UFSC, 2011, p. 4).

De outra banda, a revisão bibliográfica sistemática é “uma revisão planejada para responder a uma pergunta específica e que utiliza métodos explícitos e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos, e para coletar e analisar dados desses estudos incluídos na revisão” (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p. 125). Sendo que “os trabalhos de revisão bibliográfica sistemática são considerados como originais, pois, além de utilizarem como fonte dados da literatura sobre determinado tema, são elaborados com rigor metodológico” (cf. BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p. 125). Por fim, tem-se que referida categoria de revisão se subdivide em 4 (quatro) outros métodos, sendo eles: meta-análise, revisão sistemática, revisão qualitativa e revisão integrativa. Considerando que o presente capítulo tem como foco a revisão integrativa, não haverá explanação acerca dos outros 3 (três) métodos de revisão bibliográfica sistemática, quais sejam, meta-análise, revisão sistemática e revisão qualitativa. Sem embargo, utiliza-se a tabela proposta por Botelho, Cunha e Macedo (2011) a fim de elucidar as divisões anteriormente expostas (ÑNIMA EDUCAÇÃO, 2014):



**Figura 1: tipos de revisão da literatura**

Assim, em relação à revisão integrativa, trata-se a mesma de “um método específico, que resume o passado da literatura empírica ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno particular” (cf. BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p. 127), sendo denominada de *integrativa* justamente “porque fornece informações mais abrangentes, sobre um evento particular, a partir de dados retirados de pesquisas anteriores sem conotação histórica obrigatória” (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998, p. 109), fazendo com que seja a “mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado” (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010, p. 103). Desta forma, o pesquisador deve optar pelo procedimento da revisão integrativa quando tiver como objetivo realizar “a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado” e/ou quando visar a obtenção de “informações que possibilitem aos leitores avaliarem a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão” (cf. *ÂNIMA EDUCAÇÃO*, 2014, p. 6).

Sobre o tema, elucidam POMPEO, ROSSI e GALVÃO (2009):

A revisão integrativa é um método de revisão mais amplo, pois permite incluir literatura teórica e empírica, bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa). Os estudos incluídos na revisão são analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo que o leitor analise o conhecimento pré-existente sobre o tema investigado (cf. UFSC, 2011, p. 6).

A escolha da revisão integrativa da literatura como sendo o método para o desenvolvimento da revisão da literatura no presente trabalho se deu justamente por ser um

procedimento que propicia a síntese e análise do conhecimento científico já elaborado acerca do tema que está sendo analisado.

Em relação ao processo de elaboração da revisão integrativa, observa-se que os estudiosos adotam formas diferentes de subdivisão de tal processo, com pequenas modificações. A título de exemplo, Melnyk, Fineout-Overholt, Stillwell e Williamson (ANIMA EDUCAÇÃO, 2014) afirmam que apesar de o processo da revisão integrativa se dar através de 6 (seis) etapas, deve o pesquisador acrescentar uma etapa anterior à todas as outras 6 (seis), uma etapa zero, tendo em vista a possibilidade de existirem barreiras para a realização da revisão. Não obstante, optou-se por adotar a subdivisão proposta por Mendes, Silveira e Galvão, os quais tratam a revisão integrativa como sendo “um método de pesquisa que visa analisar o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre determinado assunto, possibilitando a síntese de diferentes estudos já publicados, favorecendo a geração de novos conhecimentos” (FEITOSA et alli, 2020, p. 21), subdividindo o processo de elaboração da mesma em 6 (seis etapas), conforme imagem (FEITOSA et alli, 2020, p. 21) a seguir:

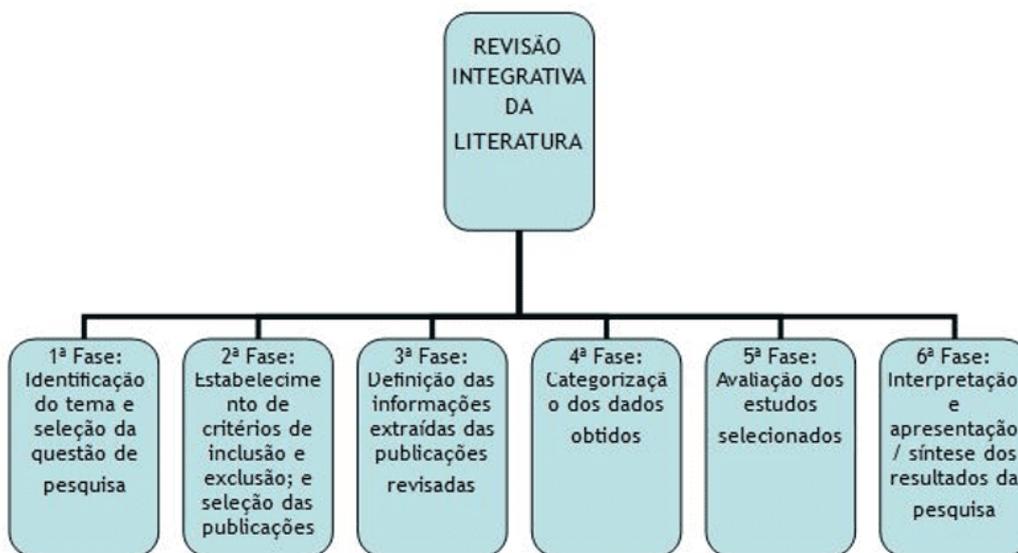


Figura 2: etapas do processo de elaboração da revisão integrativa

Tomando por base a referida divisão, daqui em diante se procederá à explanação de cada uma de suas fases e a sua aplicação ao presente trabalho.

### **1º Fase: Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa**

O primeiro passo no processo de elaboração da revisão integrativa é identificar o tema e delimitar a questão a ser pesquisada. Trata-se da etapa “norteadora para a condução de uma

revisão integrativa bem elaborada” (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p. 761). Desta forma, a primeira etapa se inicia com a definição de um problema e a formulação de uma pergunta de pesquisa, sendo que a pergunta deve ser clara e específica (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). Em seguida, já tendo sido elaborados o problema e a pergunta, se procederá à “definição dos descritores ou palavras-chave, da estratégia de busca, bem como dos bancos de dados a serem utilizados” (cf. BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p. 130). Elucida-se que a estratégia de busca é um conjunto de regras que torna viável o encontro entre uma pergunta formulada e a informação armazenada em uma base de dados, isto é, “a partir de um arquivo, um conjunto de itens que constituem a resposta de uma determinada pergunta será selecionado” (cf. BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p. 130).

*In casu*, o “problema” está relacionado à atuação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para com as demandas psicológicas, tendo como foco o Município de Florianópolis, de modo que a busca foi carreada com o propósito de responder à pergunta norteadora “*A ausência de estrutura física, política e econômica da Rede de Atenção Psicossocial, em especial a do Município de Florianópolis, acaba por torná-la incapaz de atender de modo satisfativo as demandas de tratamento psicológico, desrespeitando o preceito constitucional do direito à saúde como direito fundamental?*”.

Ainda, o levantamento de dados ocorreu em janeiro de 2021, a partir das produções nacionais, utilizando-se as bases de dados Google Acadêmico e Repositório Institucional da UFSC, tendo-se utilizado referidas bases por serem importantes disseminadoras de estudos científicos no Brasil, por produzir (no caso, o Repositório Institucional da UFSC) estudos realizados no Município de Florianópolis e por serem de acesso aberto. Por fim, em relação ao Google Acadêmico, foram utilizados, para a busca dos artigos, os seguintes descritores: “Rede de Atenção Psicossocial em Florianópolis” e “Saúde mental em Florianópolis”. Já em relação ao Repositório Institucional da UFSC: “Rede de Atenção Psicossocial em Florianópolis”, “Saúde psicossocial”, e “Saúde Mental Município de Florianópolis”.

## **2º Fase: Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; e seleção das publicações**

Após a escolha do tema pelo revisor e a formulação da pergunta de pesquisa, se inicia a busca nas bases de dados para identificação dos estudos que serão incluídos na revisão. Conforme Ganong, os critérios de inclusão e exclusão devem ser identificados no estudo, sendo

claros e objetivos, mas podem sofrer reorganização durante o processo de busca dos artigos e durante a elaboração da revisão integrativa (cf. BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

No presente trabalho, foram utilizados como critérios de inclusão de estudos: (a) trabalhos publicados em português; (b) publicações que retratassem a temática referente ao direito à saúde mental/psicológica, isto é, que apresentassem relação com o tema em questão; (c) publicações que respondessem à questão norteadora; (d) disponibilidade do artigo na íntegra de forma gratuita nas bases de dados selecionadas; (e) publicações que se encontravam dentro do marco temporal 2011 (ano de criação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS) a 2020. Os critérios de exclusão, por sua vez, foram: (a) trabalhos em que o tema divergiu do assunto principal; (b) trabalhos não disponíveis de forma gratuita; (c) trabalhos publicados fora do marco temporal de 2011 a 2020.

Desta maneira, procedendo-se à uma explanação detalhada acerca dos critérios de inclusão e exclusão que foram utilizados no trabalho em questão, bem como em relação a como se deu a seleção das publicações, tem-se que:

Em relação à *pesquisa no Google Acadêmico*, foi levado em conta o marco temporal de 2011 (ano de criação da RAPS) a 2020, sendo que a revisão se deu até a página 98 do referido mecanismo virtual, a partir dos descritores: “Rede de Atenção Psicossocial em Florianópolis” e “Saúde mental em Florianópolis”. A pesquisa teve como resultado 06 trabalhos, sendo selecionados apenas os que possuíam relação e/ou continham em seus títulos as palavras-chaves “rede de atenção psicossocial no Município de Florianópolis”, “saúde mental no Município de Florianópolis”, “saúde mental” e “rede de atenção psicossocial” (de maneira geral). Dos 06 trabalhos, apenas 02 realmente apresentavam como campo de estudo o Município de Florianópolis, sendo estes 02, assim como os outros 04 restantes, todos focados em elucidar a necessidade de aperfeiçoamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), bem como de seus componentes (CAPS, entre outros), com a apresentação de estratégias para referida melhora.

A *pesquisa no Repositório Institucional da UFSC*, por sua vez, se deu com base em três descritores: 1. “Rede de Atenção Psicossocial em Florianópolis”, 2. “Saúde psicossocial”, 3. “Saúde Mental Município de Florianópolis”. A partir do primeiro descritor “Rede de Atenção Psicossocial em Florianópolis”, houve o total de 1391 resultados, restando apenas 64 resultados após a seleção de trabalhos que continham em seus títulos as frases "rede de atenção psicossocial" ou "rede de serviço de atenção em saúde mental" ou "centro de atenção psicossocial" ou "saúde mental". Posteriormente, foram filtrados apenas os trabalhos publicados entre os anos de 2011 a 2020 e que, de fato, se encaixavam no contexto da frase

procurada (tinham relação com a pesquisa que está sendo realizada), restando, assim, apenas 10 resultados. Dos 10 trabalhos, 08 eram de Especialização, com foco de melhora e/ou aperfeiçoamento da RAPS ou de algum de seus componentes, com enfoque em um Município específico, 01 tratava do Matriciamento em Saúde Mental, sem foco em Município específico e 01 se propôs a refletir sobre as estratégias de atenção à saúde na Atenção Básica.

Da palavra-chave “saúde psicossocial”, surgiram 1864 resultados, dos quais apenas 815 se enquadram no marco temporal de 2011 a 2020. Dos 815 resultados, após leitura de seus títulos e/ou resumos (procedeu-se à leitura dos resumos quando os títulos não deixavam totalmente claro sobre o que o trabalho tratava), constatou-se que apenas 02 se referiam à melhoria da prática da saúde psicossocial (relacionada à saúde mental) de uma maneira geral e não direcionada a uma determinada região (a não ser, direcionados para Florianópolis).

Do último descrito utilizado, “saúde mental Município de Florianópolis”, houve 3421 resultados, sendo apenas 1137 publicados entre 2011 a 2020. Dos 1137, não havia sequer um trabalho - as buscas foram realizadas mediante a leitura dos títulos, sendo que quando apenas a leitura do título se mostrava insuficiente para a seleção, se procedia à análise dos resumos e, subsidiariamente, à leitura do trabalho na íntegra - que, de fato, tratasse da saúde mental no Município de Florianópolis e que se encaixasse na pesquisa (excetuado os levados em conta nos filtros anteriores).

### 3º Fase: Definição das informações extraídas das publicações revisadas

Nesta terceira etapa, após a identificação dos estudos, realização de leituras dos títulos, resumos e/ou publicações na íntegra, deve-se elaborar uma tabela com os estudos pré-selecionados para a revisão integrativa (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). Destarte, com o fito de expor as informações extraídas das publicações pré-selecionadas na fase anterior, criaram-se tabelas:

TÍTULO	O cuidado em saúde mental: limites e possibilidades da rede de atenção psicossocial
AUTOR	TRAJANO, Mariana Peres
ANO	2017
BASE DE DADOS	Google Acadêmico
OBJETIVO DO TRABALHO	Compreender as concepções sobre o cuidado em saúde mental na Atenção Básica, a partir dos discursos dos profissionais e gestores da área da saúde do município de Florianópolis

**Quadro 1: primeiro trabalho selecionado na terceira fase da revisão**

TÍTULO	Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?
AUTOR	QUINDERE, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa e FRANCO, Túlio Batista
ANO	2014

BASE DE DADOS	Google Acadêmico
OBJETIVO DO TRABALHO	Discutir as interações estabelecidas entre os níveis de complexidade do sistema de saúde na atenção à saúde mental e compreender a conformação da rede de atenção à saúde mental no município de Sobral – CE

**Quadro 2: segundo trabalho selecionado na terceira fase da revisão**

TÍTULO	Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil
AUTOR	COSTA, Annette; SILVEIRA, Marília; VIANNA, Paula e SILVA-KURIMOTO, Teresa
ANO	2012
BASE DE DADOS	Google Acadêmico
OBJETIVO DO TRABALHO	Descrever os elementos que compõem os desafios acerca da reabilitação psicossocial na rede de cuidados em saúde

**Quadro 3: terceiro trabalho selecionado na terceira etapa da revisão**

TÍTULO	Estratégias para o fortalecimento da articulação municipal da rede de atenção psicossocial
AUTOR	SARZANA, Mislene Beza Gordo
ANO	2019
BASE DE DADOS	Google Acadêmico
OBJETIVO DO TRABALHO	Elaborar estratégias para articulação dos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial municipal

**Quadro 4: quarto trabalho selecionado na terceira etapa da revisão**

TÍTULO	Dificuldades relacionadas à alta do CAPS encontradas por usuários com transtornos mentais frente ao novo modelo assistencial em saúde mental
AUTOR	OLIVEIRA, Cesar Ramos
ANO	2012
BASE DE DADOS	Google Acadêmico
OBJETIVO DO TRABALHO	Através de entrevistas realizadas com profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial do subtipo II da Região da Grande Florianópolis, buscou-se explicar acerca das dificuldades relacionadas à alta do CAPS encontradas por usuários com transtornos mentais

**Quadro 5: quinto trabalho selecionado na terceira etapa da revisão**

TÍTULO	Rede de atenção psicossocial: os desafios da articulação e integração
AUTOR	VIEIRA, Silvia de Medeiros; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de; CAZOLA, Luiza Helena de Oliveira; FREIRE, Silvia Segóvia Araújo
ANO	2020
BASE DE DADOS	Google Acadêmico
OBJETIVO DO TRABALHO	Conhecer a perspectiva de profissionais de saúde com relação à articulação e integração dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial de Corumbá-MS

**Quadro 6: sexto trabalho selecionado na terceira etapa da revisão**

TÍTULO	Acolhimento e seu papel na rede de atenção psicossocial
AUTOR	ARAUJO, Glênya Pessoa Silva de
ANO	2016
BASE DE DADOS	Repositório Institucional da UFSC
OBJETIVO DO TRABALHO	A partir dos dados de acolhimento registrados em um CAPS II da cidade do Recife, e da definição de acolhimento nas diversas instituições, traçou-se um perfil das dificuldades encontradas na articulação entre instituições e como o componente do acolhimento pode ser um elemento crucial para o cuidado singular do portador de transtorno mental, assim como elemento agregador da rede de atenção psicossocial

**Quadro 7: sétimo trabalho selecionado na terceira etapa da revisão**

TÍTULO	Acesso a rede de atenção psicossocial: análise de dados da ouvidoria geral do estado de Minas Gerais
AUTOR	SOUZA, Mariana Magalhães de
ANO	2016
BASE DE DADOS	Repositório Institucional da UFSC
OBJETIVO DO TRABALHO	Detectar o(s) problema(s) vivenciado(s) pelos cidadãos de Minas Gerais ao procurarem os serviços da rede de atenção psicossocial, foi realizado um levantamento de dados (demandas) da Ouvidoria Geral do Estado de Minas Gerais entre o ano de 2006 e 2013.

**Quadro 8: oitavo trabalho selecionado na terceira etapa da revisão**

TÍTULO	A rede de atenção psicossocial no município de Teófilo Otoni - MG: averiguação de uma rede
AUTOR	BARBOSA, Crislane Souto
ANO	2016
BASE DE DADOS	Repositório Institucional da UFSC
OBJETIVO DO TRABALHO	Descrever como está configurada a Rede de atenção psicossocial - RAPS- no município de Teófilo Otoni MG

**Quadro 9: nono trabalho selecionado na terceira etapa da revisão**

TÍTULO	Saúde mental na atenção básica: Reorganizando a rede de atenção psicossocial
AUTOR	MARTINS, Débora Regina
ANO	2016
BASE DE DADOS	Repositório Institucional da UFSC
OBJETIVO DO TRABALHO	Reorganizar a rede de atenção psicossocial – RAPS no município de Estrela/RS

**Quadro 10: décimo trabalho selecionado na terceira etapa da revisão**

TÍTULO	Educação permanente em saúde mental: ferramenta de cuidado para as enfermeiras de saúde da família
AUTOR	PINTO, Simone Fontena
ANO	2016
BASE DE DADOS	Repositório Institucional da UFSC
OBJETIVO DO TRABALHO	Apresentar um Plano de Educação Permanente em Saúde Mental direcionado às enfermeiras das Equipes de Saúde da Família do município de Nova Hartz - R S que tem como objetivo instrumentalizar esses profissionais para que possam prestar assistência de enfermagem mais humanizada e qualificada aos usuários em sofrimento psíquico

**Quadro 11: décimo primeiro trabalho selecionado na terceira etapa da revisão**

TÍTULO	A articulação da rede de atenção psicossocial na perspectiva dos profissionais atuantes nos diferentes serviços
AUTOR	PEIXOTO, Adriana da Silva
ANO	2016
BASE DE DADOS	Repositório Institucional da UFSC
OBJETIVO DO TRABALHO	Descrever como ocorre a articulação na Rede de Atenção Psicossocial no município de Rafael Jambeiro - BA, a partir da perspectiva dos profissionais atuantes nestes serviços

**Quadro 12: décimo segundo trabalho selecionado na terceira etapa da revisão**

TÍTULO	Grupo de promoção à saúde: estratégia de articulação da atenção primária e da saúde mental
AUTOR	SOARES, Katharina Shirley Amâncio Justo
ANO	2016
BASE DE DADOS	Repositório Institucional da UFSC

OBJETIVO DO TRABALHO	Propor a criação de grupo de promoção da saúde mental na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Maurício Mattos Dourado, no bairro Edson Queiroz no município de Fortaleza – CE
----------------------	---

**Quadro 13: décimo terceiro trabalho selecionado na terceira etapa da revisão**

TÍTULO	Apoio matricial em saúde mental na atenção básica de São Sebastião do Paraíso: uma construção compartilhada de saberes
AUTOR	CAETANO, Camila Barbosa
ANO	2016
BASE DE DADOS	Repositório Institucional da UFSC
OBJETIVO DO TRABALHO	Relatar a experiência de um apoio matricial, realizado por profissionais do CAPS II de São Sebastião do Paraíso em uma unidade de saúde da família

**Quadro 14: décimo quarto trabalho selecionado na terceira etapa da revisão**

TÍTULO	Matriciamento em saúde mental
AUTOR	LOUROZA, Sabrina Mara Rodrigues
ANO	2016
BASE DE DADOS	Repositório Institucional da UFSC
OBJETIVO DO TRABALHO	Trata - se de uma pesquisa bibliográfica que discute o papel do matriciamento em saúde mental, tendo como objetivo a identificação de publicações científicas de enfermagem acerca do tema

**Quadro 15: décimo quinto trabalho selecionado na terceira etapa da revisão**

TÍTULO	Como vai a saúde mental?: diálogos e reflexões sobre as estratégias de atenção à saúde na Atenção Básica
AUTOR	TONIN, Carolina Francielle
ANO	2019
BASE DE DADOS	Repositório Institucional da UFSC
OBJETIVO DO TRABALHO	Compreender, sob a ótica da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço do Meio Oeste catarinense, as estratégias de cuidado em Saúde Mental no contexto da Atenção Básica

**Quadro 16: décimo sexto trabalho selecionado na terceira etapa da revisão**

TÍTULO	Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis
AUTOR	FROSI, Raquel Valiente
ANO	2013
BASE DE DADOS	Repositório Institucional da UFSC
OBJETIVO DO TRABALHO	Descrever e analisar práticas assistenciais em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) na cidade de Florianópolis

**Quadro 17: décimo sétimo trabalho selecionado na terceira etapa da revisão**

TÍTULO	Práticas em saúde mental e atenção psicossocial acerca da construção de projetos terapêuticos singulares: uma revisão integrativa
AUTOR	PEREIRA, Sabrina Luana
ANO	2016
BASE DE DADOS	Repositório Institucional da UFSC
OBJETIVO DO TRABALHO	Conhecer os Projetos Terapêuticos Singulares, construídos nos serviços de saúde mental e atenção psicossocial, com base nas publicações científicas brasileiras

**Quadro 18: décimo oitavo trabalho selecionado na terceira etapa da revisão**

#### **4º Fase: Categorização dos dados obtidos**

A quarta etapa do processo de revisão integrativa consiste em sumarizar e documentar as informações extraídas dos trabalhos selecionados nas fases anteriores, de modo que “essa

documentação deve ser elaborada de forma concisa e fácil” (cf. BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p. 131). Ainda, para a realização desse processo de sumarização e documentação, o pesquisador deve se utilizar de um “instrumento que permita analisar separadamente cada artigo, tanto num nível metodológico quanto em relação aos resultados das pesquisas”, sendo que referido instrumento deve ser capaz de “possibilitar a síntese dos artigos, salvaguardando suas diferenças” (cf. BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p. 131).

Neste sentido, uma opção de instrumento é a “matriz de síntese” ou “matriz de análise”, a qual foi divulgada por Garrad, em 1999, servindo como “ferramenta de interpretação e construção da redação da revisão integrativa para os pesquisadores” (cf. BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p. 131). Em relação ao processo de construção da matriz de síntese, Miles e Huberman (cf. BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011) preceituam que não existe matriz de síntese correta, somente matrizes funcionais ou não, o que faz com que o pesquisador seja livre para elaborar a matriz conforme sua própria interpretação e organização de dados.

Assim, a categorização, em relação à utilização da matriz síntese, pode ocorrer na forma descritiva, onde o pesquisador indicará os dados mais relevantes para seu estudo, podendo se utilizar de métodos distintos, tais como “análises estatísticas; listagens de fatores que mostram o efeito das variáveis ao longo do tempo de estudo; escolha ou exclusão de estudos, entre outros” (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p. 132). Nada obstante essa “liberdade” do pesquisador, deve-se ter em mente a necessidade de transparência quanto à forma pela qual se deu a análise dos dados extraídos dos trabalhos utilizados na revisão integrativa.

Neste sentido, procedeu-se à elaboração de uma matriz síntese nesta 4<sup>o</sup> etapa da revisão integrativa, levando em conta o grau de liberdade do pesquisador. Inicialmente, após a leitura e análise pormenorizada das publicações pré-selecionadas na fase anterior, optou-se por excluir da revisão integrativa 11 (onze) dos 18 (dezoito) trabalhos, em razão de se tratarem de estudos focados em locais específicos, que não Florianópolis. Posteriormente, procedeu-se à leitura na íntegra dos 7 (sete) trabalhos restantes e, com o intuito de auxiliar na extração dos dados dos trabalhos, bem como de melhor visualização das principais informações contidas nos mesmos, elaborou-se uma tabela para cada um deles, contendo as seguintes informações: título; autor (a); ano; tipo de trabalho, objetivo; método/abordagem; trechos relevantes; e resultados.

TÍTULO	Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil
--------	--

AUTOR	COSTA, Annette; SILVEIRA, Marília; VIANNA, Paula e SILVA-KURIMOTO, Teresa.
ANO	2012
TIPO DO TRABALHO	Artigo
OBJETIVO	Descrever os elementos que compõem os desafios acerca da reabilitação psicossocial na rede de cuidados em saúde.
MÉTODO / ABORDAGEM	Revisão bibliográfica não sistemática na qual foram analisados artigos que tratavam dos desafios da reabilitação psicossocial na rede de cuidados em saúde. Reforma psiquiátrica; rede de atenção à saúde mental; Atenção primária como porta de entrada do usuário no sistema de saúde; reabilitação social objetivando a restituição do exercício pleno da cidadania que deve se dar por meio de ações que possibilitam a contratualidade social em seus três cenários: casa, trabalho e rede social; tensões entre a Atenção primária e os CAPS.
TRECHOS RELEVANTES	Embora busquemos a reversão do modelo de assistência à saúde mental, se não prestarmos atenção, poderemos repetir em novos ambientes antigas práticas, <i>criando outro tipo de manicômio, sem muros</i> , mas que continua a ter a segregação e a exclusão como normas máximas. A Atenção Psicossocial na rede de cuidados em saúde é uma realidade ainda incipiente que convoca e exige mudanças individuais, sociais e institucionais. <i>O desafio é político</i> e exige um compromisso contínuo na construção de novas formas de lidar com o sofrimento psíquico. OPAS/OMS (2001), que no relatório “Saúde no mundo”, estabelece como metas para a assistência psiquiátrica: <i>atendimento na Atenção Primária como a porta de entrada do sistema</i> , acesso aos psicotrópicos e atenção voltada para o ambiente residencial com envolvimento da comunidade de origem. Intervir, portanto, em saúde mental, <i>não significa apenas prestar assistência</i> . Intervir significa, sobretudo, estar atento à realidade social, econômica e cultural em que vivem as pessoas que atendemos. A condição de ser único requer acolher aquele que sofre, sempre e a cada vez que ele procura ajuda pro profissional. <i>Queixas orgânicas não podem ser tomadas como algo do tipo ‘o mesmo de novo’</i> . Cada queixa, cada momento exige uma investigação de seu teor.
RESULTADOS	A Atenção Psicossocial na rede de cuidados em saúde é uma realidade ainda incipiente no Brasil que convoca e exige mudanças individuais, sociais e institucionais. Neste sentido, Saraceno (1999) afirma que no campo da saúde mental predomina a abordagem biomédica, sendo necessário o deslocamento para uma <i>abordagem biopsicossocial</i> , o que requer mudanças importantes na formulação das políticas de saúde mental; na formulação e no financiamento de programas de saúde mental; na prática cotidiana dos serviços; no status social dos médicos. Torna-se necessário, assim, dentre outras práticas: deslocar a ênfase da doença para centrá-la na pessoa que apresenta algum problema de saúde (“Clínica do Sujeito”); comunicação clara e aberta entre os profissionais da rede; acolhimento como um primeiro e fundamental ato de cuidado (acolhimento voltado à construção de um vínculo com a comunidade).

**Quadro 19: primeiro trabalho selecionado na quarta etapa da revisão**

TÍTULO	Dificuldades relacionadas à alta do CAPS encontradas por usuários com transtornos mentais frente ao novo modelo assistencial em saúde mental.
AUTOR	OLIVEIRA, Cesar Ramos
ANO	2012

TIPO DO TRABALHO	Monografia
OBJETIVO	Através de entrevistas realizadas com profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial do subtipo II (voltados a atendimentos para adultos com transtornos mentais) da Região da Grande Florianópolis, buscou-se explicar acerca das dificuldades relacionadas à alta do CAPS encontradas por usuários com transtornos mentais
MÉTODO / ABORDAGEM	Para a realização do estudo, foi escolhida a abordagem qualitativa, tratando-se de uma pesquisa “exploratória” (o tema escolhido é pouco discutido em produções científicas) e sendo delineada como um “levantamento” (interrogação direta das pessoas cujas informações foram coletadas). Para a coleta de dados, foi utilizado como instrumento uma entrevista semiestruturada, a qual possibilitou o contato direto e verbal com os profissionais. Reforma psiquiátrica; processo de implantação do SUS; funcionamento do CAPS; reabilitação psicossocial e reinserção social; projeto terapêutico individual; apoio matricial.
TRECHOS RELEVANTES	O hospício é construído para <i>controlar e reprimir os trabalhadores</i> que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção. (Franco Basaglia) No Brasil, até o ano de 2000 12% da população sofriam de algum sofrimento psíquico diagnosticado, havendo uma probabilidade de crescimento desta proporção em média para 15% até o ano de 2020 (...) baseando-se nos resultados de sua pesquisa, ressaltam a <i>importância de que os governos aprimorem cada vez mais suas políticas de saúde pública, priorizando a promoção da Saúde Mental</i> com a prevenção e suporte adequados aos sujeitos com sofrimento psíquico, quanto ao tratamento e a reabilitação psicossocial. <i>A simples diminuição dos espaços asilares e a proliferação de serviços de novo tipo não trazem nenhuma garantia</i> de que essas modificações signifiquem que a desconstrução da cultura manicomial esteja de fato ocorrendo. [...] Qualquer equipamento, por mais inovador e criativo que tenha sido em sua origem, pode se tornar em algum tempo um instrumento de reprodução de práticas asilares. (BEZERRA, 2003, p. 19) <i>O processo de reabilitação seria, então, um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania</i> , e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social. (SARACENO, 2001, p. 16)
RESULTADOS	Para realizar a análise dos dados obtidos, esta categoria está dividida em três subcategorias que são: <i>Dificuldades em prescrever alta para os usuários</i> ”: falta compreensão dos profissionais que atuam no âmbito da Saúde Mental acerca do papel do CAPS perante o modelo assistencial, assim como a compreensão em relação ao funcionamento da Rede de Atenção à Saúde Mental; falta de profissionais, a ausência das equipes mínimas desfavorece o funcionamento da rede, dificultando o trabalho de matriciamento e fragilizando o princípio de integralidade do SUS; alguns usuários se apropriam do CAPS como forma de estabelecer vínculos sociais, porém fora da comunidade. <i>Dificuldades assinaladas pelos usuários após a prescrição de alta</i> ”: em relação às dificuldades assinaladas frente à rede, constata-se que ao sair do CAPS os usuários encontram barreiras para dar continuidade em seus tratamentos devido à falta de estrutura na rede apontada pelo CAPS “B” como “demora no atendimento”; dificuldades na reabilitação e reinserção social (não há efetiva inclusão social mediante o trabalho, nem “sociocultural <i>Dificuldades assinaladas pelos familiares dos usuários após a prescrição de alta</i> ”: falta de compreensão do que seu familiar está enfrentando, suas patologias, e as finalidades de seus projetos terapêuticos; apesar de existirem estratégias para fortalecer a inclusão da família nos projetos terapêuticos de

	usuários dos CAPS, nem sempre é possível, apesar de necessário, capacitar estes familiares para lidarem com o sofrimento destes usuários.
--	---

**Quadro 20: segundo trabalho selecionado na quarta etapa da revisão**

TÍTULO	Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis.
AUTOR	FROSI, Raquel Valiente
ANO	2013
TIPO DO TRABALHO	Dissertação (mestrado)
OBJETIVO	Descrever e analisar práticas assistenciais em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) na cidade de Florianópolis.
MÉTODO / ABORDAGEM	Revisão de pesquisas que observam que ainda é precário o acompanhamento em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS); pesquisa realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com gestores, profissionais, usuários, observação direta de práticas assistenciais e pela análise de documentos institucionais e de registro da Atenção, no caso, os prontuários; opção pela abordagem qualitativa, sem abrir-se mão da possibilidade de contar com dados quantitativos no decorrer da pesquisa; objetivo de realizar Histórico da rede de atenção primária à saúde e da rede de atenção em saúde mental; práticas assistenciais; a importância de ampliar a clínica da APS a partir de uma abordagem que envolva a dimensão da singularidade e que busque a superação da ambulatorização; a rede de saúde mental como agente central para superação do “tratamento” de exclusão no asilo; matriciamento.
TRECS RELEVANTES	Em 1946, antes mesmo de que ocorresse alguma reorganização da atenção dentro dos Hospitais Psiquiátricos sob influência dos movimentos da Psiquiatria Institucional e das Comunidades Terapêuticas, Nise da Silveira recusa-se a exercer os modos de tratamento de seu tempo e introduz a arte como elemento de aproximação com a loucura (LIMA, 2004). A tônica das oficinas era a expressão, o que as distâncias das oficinas de produção que vinham sendo utilizadas nas instituições psiquiátricas desde Pinel.” (...) o matriciamento foi teorizado por Campos (1999) como uma medida de favorecimento do vínculo entre as equipes de saúde e os usuários através da reorganização das relações entre as equipes de diferentes níveis de atenção. Costa-Rosa (2000, 2011) aponta que no modo psicossocial os fatores políticos e biopsicossocioculturais são determinantes do processo de adoecer de um sujeito corporificado, desejante, e pertencente a um grupo social. Neste sentido, o próprio modo de adoecer é compreendido nas nuances da constituição daquele sujeito e de suas possibilidades de lidar com o que se passa. Estudos brasileiros têm indicado a centralidade da intervenção farmacológica na atenção em saúde mental na APS (...), neste sentido, considera-se que uma das questões que merece atenção como uma forma de compreender tanto o domínio da intervenção farmacológica quanto sua possível dissociação de um plano de atenção é a prática de renovação das prescrições de psicotrópicos.
	Práticas assistenciais oferecidas: <i>Intervenções farmacológicas:</i> observou-se que muitas vezes as condutas medicamentosas não foram desenhadas de forma articulada a um plano de Atenção, inclusive a avaliação frequente do próprio prescritor, deixando todo o efeito da terapêutica a cargo do próprio remédio, havendo, portanto, uma centralidade nos fármacos. Desta forma, identificou-se a introdução ou aumento de dose de medicamentos sem uma construção argumentativa naquele caso, ou sem ponderação de outras ofertas terapêuticas induzidas de forma efetiva.

RESULTADOS	<p><i>Intervenções pela palavra:</i> Durante as entrevistas com os profissionais, fez-se menção a um conjunto de estratégias que valorizam a dimensão da subjetividade, como ampliação de queixas clínicas, com marcada sutilidade; utilização do arcabouço teórico da medicina de família, com uma clínica centrada na pessoa e atenta a história social e familiar; e ainda, a realização de acolhimentos estruturados pela escuta. Todavia, chamou atenção também o fato de que nem sempre esta valorização da subjetividade aponta intervenções calcadas nesta mesma complexidade, ocupando apenas um papel de favorecer o diagnóstico e/ou a vinculação, com vistas a uma intervenção ainda muito medicamentosa, e portanto biomédica.</p> <p>Nada obstante, as intervenções pela palavras eram, de fato, concretizadas algumas vezes: a dimensão do apoio incluía incentivos para a realização de atividades prazerosas e reorganização da rotina, e também para adesão ao tratamento proposto; o acolhimento de enfermagem foi referido pelos profissionais como um espaço de escuta; alguns profissionais propiciam um espaço de reflexão sobre a situação de sofrimento; grupos de apoio psicológico como sendo uma primeira linha de intervenção para os casos de sofrimento psíquico.</p> <p><i>Intervenções sócio comunitárias:</i></p> <p>As intervenções familiares, embora entendidas como uma potencialidade da ESF, foram bastante pontuais neste estudo, prioritariamente associadas a situações de crise ou de maior gravidade. Já o incentivo às atividades comunitárias se mostrou bastante presente, ainda que por vezes não tenha sido utilizado de forma intencional, ou em alternativa a outras opções terapêuticas. Ainda, foi observado nas entrevistas com profissionais que têm sido realizados encaminhamentos para grupos nas comunidades como parte do plano de Atenção em saúde mental. A justificativa de encaminhamento muitas vezes é a socialização.</p> <p><i>Intervenções através do corpo:</i></p> <p>O incentivo à atividade física foi bastante presente para o conjunto de usuários e também bastante transversal ao conjunto de atividades socializantes ou prazerosas propostas a eles. Neste sentido, cabe observar que além da caminhada, outras 103 práticas corporais, como relaxamento e mesmo a fisioterapia foram sugeridas aos usuários como parte articulada deste processo de Atenção ou acabaram por cumprir uma função bastante interessante. Em uma equipe o grupo de relaxamento inclusive contava com a parceria da psicologia, o que foi identificado como um projeto em outra equipe.</p> <p>O uso de práticas integrativas e complementares na abordagem dos casos foi identificado em algumas equipes como parte do plano de Atenção em saúde mental. Neste sentido, nas entrevistas com os profissionais foram mencionados o uso de acupuntura em casos de ansiedade ou depressão, a realização de auriculoterapia, inclusive de 104 forma articulada ao grupo de apoio psicológico, e também a utilização de fitoterápicos.</p> <p>Algumas práticas apareceram associadas aos casos mais graves, como oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, e também ações de atenção à crise.</p>
------------	---

**Quadro 21: terceiro trabalho selecionado na quarta etapa da revisão**

TÍTULO	Práticas em saúde mental e atenção psicossocial acerca da construção de projetos terapêuticos singulares: uma revisão integrativa
AUTOR	PEREIRA, Sabrina Luana
ANO	2016
TIPO DO TRABALHO	Dissertação (mestrado profissional)

OBJETIVO	Conhecer os Projetos Terapêuticos Singulares, construídos nos serviços de saúde mental e atenção psicossocial, com base nas publicações científicas brasileiras.
MÉTODO / ABORDAGEM	<p>O trabalho foi realizado por meio de uma Revisão Integrativa, que buscou responder a seguinte questão de pesquisa: “Como os Projetos Terapêuticos Singulares são construídos pelas equipes de serviços de saúde mental e atenção psicossocial?”, ainda, a análise dos dados foi realizada utilizando a abordagem qualitativa.</p> <p>Contextualização da saúde mental no Brasil; Reforma psiquiátrica; centro de atenção psicossocial e rede de atenção psicossocial; projeto terapêutico singular como sendo um conjunto de propostas terapêuticas articuladas, resultante de discussões em equipe, podendo também receber apoio matricial, sendo assim, um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de um Sujeito Singular, individual ou coletivo, em situação de vulnerabilidade.</p>
TRECHOS RELEVANTES	<p>Inicialmente é importante observar que <i>a psiquiatria como atualmente a conhecemos nasceu com o nome de alienismo</i>. Essa foi a denominação dada por Philippe Pinel (psiquiatra francês, um dos protagonistas do movimento que desacorrentou os loucos e abriu as portas do hospital), à ciência dedicada ao estudo da alienação mental. Reconhecido como o pai da psiquiatria, uma enorme quantidade de hospitais psiquiátricos em todo o mundo leva seu nome; nome esse que também virou sinônimo popular e pejorativo de "louco" em muitos países. <i>A expressão "alienado" tem a mesma origem etimológica de alienígena, alien, estrangeiro, de fora do mundo e da realidade</i>. (AMARANTE, 2006, p. 30).</p> <p>Essa prática (projeto terapêutico singular) demanda a aproximação entre o terapeuta e o usuário, exercitando a humanização dos serviços de saúde e valorizando a subjetividade de cada usuário acolhido. <i>É preciso considerar as particularidades do sujeito e distanciar-se de padrões ou conceitos sobre modelos de qualidade de vida, para que o PTS promova o empoderamento do sujeito</i> (FERREIRA, 2014).</p> <p><i>O PTS é uma ferramenta terapêutica que permite a participação ativa do usuário nas decisões sobre a sua própria vida e vem a corroborar as reformas em saúde mental vivenciadas atualmente. É uma proposta que contempla o discurso do usuário e respeita suas condições biopsicossociais, afasta a ideia do imperialismo terapêutico e cria relações cada vez mais dialógicas.</i></p> <p><i>Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.</i> (CHIAVERINI et al., 2011)</p> <p><i>A busca pelo protagonismo dos usuários é condição essencial para o sucesso do processo de reabilitação psicossocial e exige dos profissionais disponibilidades de acolhimento, de escuta, de diálogo e possibilita ao usuário a construção de saber sobre si, sua condição, seus direitos, o mundo que o cerca, a assistência e as instituições de cuidado.</i></p>
RESULTADOS	<p>As 24 publicações selecionadas pela autora evidenciaram que o uso da ferramenta “projeto terapêutico singular” acontece basicamente em serviços de saúde mental, sendo que a maioria dessas pesquisas buscou descrever a construção e etapas desenvolvidas nos PTS. Conhecer os arranjos profissionais e as práticas em saúde mental e atenção psicossocial foram os objetivos de sete deles, seguido por conhecer as práticas em saúde mental e atenção psicossocial por meio da percepção dos próprios profissionais atuantes nos locais de estudo, representados por cinco estudos.</p> <p>Ainda, alguns temas surgiram com maior frequência e profundidade nas pesquisas, de modo que a autora os dividiu nas seguintes “categorias”:</p> <p><i>Construção dos projetos terapêuticos singulares por meio da estratégia de apoio matricial:</i> Os estudos apresentados nessa categoria abordaram principalmente a relação das equipes do serviço de Estratégia e Saúde da</p>

	<p>Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial e a importância desta estratégia para garantir o fluxo de atendimento das pessoas em sofrimento psíquico. Estes estudos relatam experiências na construção de projetos terapêuticos singulares de forma conjunta.</p> <p><i>O papel do técnico de referência na construção dos projetos terapêuticos singulares:</i> Nessa categoria foram abordados dez estudos que exploraram as relações entre técnico de referência, usuário e equipe multidisciplinar. O técnico de referência é o articulador central do projeto terapêutico do usuário, isto é, os usuários que chegam ao serviço em busca de atendimento voltado a seus problemas de saúde são recebidos pelo profissional responsável pelo acolhimento inicial, que se torna o técnico de referência, ou seja, aquele que acompanhará o caso e será responsável em levar as observações para a equipe multiprofissional.</p> <p><i>O protagonismo do usuário na construção dos projetos terapêuticos singulares:</i> A categoria em questão mostra que dentre os principais objetivos previstos por um projeto terapêutico singular está o desenvolvimento ou resgate da autonomia, independência e cidadania da pessoa em sofrimento psíquico. Tendo em vista esse pressuposto, nove estudos discorreram sobre a atuação do usuário na construção dos PTS. Destes, seis foram realizados exclusivamente em CAPS, dois em serviços da atenção primária ESF e UBS, e apenas um deles em diferentes modalidades de serviços de saúde mental.</p> <p><i>A participação de familiares junto aos projetos terapêuticos singulares:</i> A categoria quatro (a qual abrange nove estudos e quatro dissertações) aborda a participação da família através de um expressivo número de estudos, mostrando a importância que ela tem no desenvolvimento dessa estratégia. Por meio desta revisão, foi possível constatar que a inclusão e participação da família na construção e práticas dos projetos terapêuticos singulares são deficitárias.</p> <p><i>A participação do médico na construção dos projetos terapêuticos singulares:</i> A categoria cinco salienta a participação do profissional médico junto a construção e desenvolvimento dos projetos terapêuticos singulares e foi abordada por onze estudos. Em relação ao tema, acerca do envolvimento do profissional médico com a organização da equipe e a construção dos PTS, ficou evidenciado pelos estudos que ele geralmente se posiciona “fora” da equipe multidisciplinar, no que diz respeito à construção dos projetos terapêuticos singulares e centraliza as decisões de maneira independente</p>
--	--

**Quadro 22: quarto trabalho selecionado na quarta etapa da revisão**

TÍTULO	Matriciamento em saúde mental
AUTOR	LOUROZA, Sabrina Mara Rodrigues
ANO	2016
TIPO DO TRABALHO	TCC (especialização)
OBJETIVO	Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que discute o papel do matriciamento em saúde mental, tendo como objetivo a identificação de publicações científicas de enfermagem acerca do tema.
MÉTODO / ABORDAGEM	Pesquisa bibliográfica desenvolvida através do método de Revisão Integrativa de Literatura (RIL), tendo como pergunta norteadora a “o que vem sendo publicado sobre Matriciamento em Saúde Mental? Reforma psiquiátrica; trajetória da saúde mental; estratégia de saúde da família (ESF), tendo como principal objetivo prestar assistência em saúde em nível de atenção primária, realizando seu papel pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); apoio matricial; CAPS.

TRECHOS RELEVANTES	<p>O <i>matriciamento</i> corresponde a um método de trabalho cujo objetivo é <i>viabilizar a interconexão entre os serviços primário, secundário e terciário de saúde</i>, além de também poder ter alcance nos diversos setores e secretarias do município, visando um acolhimento integral ao cidadão, que envolve não só a saúde física, mas também a psíquica e social (BEZERRA e DIMENSTEIN, 2008)</p> <p>(...) <i>estabelecer o serviço de apoio matricial é uma das funções dos CAPS e compreende um dos mecanismos mais importantes para ampliar a integração da rede de saúde</i> (AMARANTE, 1995)</p>
RESULTADOS	<p>Em relação às s publicações científicas de enfermagem acerca do tema, foram utilizados 5 (cinco) artigos para a revisão integrativa: Apoio Matricial como Dispositivo do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária: Olhares Múltiplos e Dispositivos para Resolubilidade; Centro de Atenção Psicossocial: Convergência entre Saúde Mental e Coletiva; Tecendo a Rede Assistencial em Saúde Mental com a Ferramenta Matricial; Implantação do Matriciamento nos Serviços de Saúde de Capivari; Os CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica.</p> <p><i>Síntese dos artigos selecionados:</i> existência de uma barreira de aceitação entre os profissionais do CAPS e Atenção Básica para que o matriciamento seja implantado em sua forma plena, tendo em vista o indivíduo de forma integral e não como portadores de transtornos mentais. Tornou-se evidente, assim, a necessidade da realização e divulgação de trabalhos científicos com esta temática de preferência de campo por enfermeiros de modo a contribuir com o avanço do conhecimento científico no ensino e na assistência de enfermagem.</p>

**Quadro 23: quinto trabalho selecionado na quarta etapa da revisão integrativa**

TÍTULO	O cuidado em saúde mental: limites e possibilidades da rede de atenção psicossocial
AUTOR	TRAJANO, Mariana Peres
ANO	2017
TIPO DO TRABALHO	Dissertação (mestrado profissional)
OBJETIVO	Compreender as concepções sobre o cuidado em saúde mental na Atenção Básica, a partir dos discursos dos profissionais e gestores da área da saúde do município de Florianópolis.
MÉTODO / ABORDAGEM	<p>Revisão integrativa; pesquisa qualitativa e exploratória; entrevistas semiestruturadas com os profissionais do Nasf de Florianópolis, com a Gerência de Caps, com a Gerência de Atenção Básica e a Gerência Nasf do município; as entrevistas foram analisadas de acordo com a perspectiva hermenêutico-dialética.</p> <p>Movimentos da ciência no contexto da saúde; cuidado em saúde mental; cuidado psicossocial; matriciamento; reforma psiquiátrica; rede de atenção psicossocial; rede de atenção psicossocial em Florianópolis.</p>
	<p>Inicialmente chamados de alienados, os irracionais (loucos) ocupam um lugar em que todos são tidos como pessoas ameaçadoras e perigosas, que oferecem risco para si e para os outros. Partindo destes pressupostos sobre a loucura, o sujeito em sofrimento psíquico é trancafiado em manicômios, não tendo mais a possibilidade de <i>aterrorizar a população com sua animalidade e periculosidade</i>.</p> <p>Outro fator levantado pelos autores (Lancetti e Amarante) que justificava e potencializava o isolamento dos sujeitos em sofrimento psíquico era a <i>concepção de mundo da ciência positivista</i>. De acordo com essa ideia do que</p>

<p>TRECHOS RELEVANTES</p>	<p>fosse ciência, para que um objeto ou um fenômeno fosse estudado e reconhecido como científico deveria ser isolado de todas as possíveis interferências do mundo. A neutralidade e o distanciamento tornaram-se práticas institucionalizadas como ideais para o cuidado na saúde mental.</p> <p>Compreender o cuidado na saúde mental nas diretrizes da reforma psiquiátrica significa, portanto, <i>colocar a doença entre parênteses, não negá-la, mas incluí-la no contexto biopsicossocial do sujeito em sofrimento psíquico.</i></p> <p><i>Dados indicam que o apoio em saúde mental ainda predominante é o do mundo psi (psiquiatras e psicólogos) e que os motivos de matriciamento são por uma revisão do tratamento medicamentoso e pela discussão dos casos de sujeitos que possuam diagnóstico psiquiátrico. Neste sentido, os dados denotam que o saber-fazer destes profissionais está em consonância com os saberes e as práticas tradicionais, distantes das discussões ampliadas de cuidado, que valorizam a interdisciplinaridade e o cuidado compartilhado (PEGORARO et al., 2014; MACEDO e DIMENSTEIN, 2016; LIMA et al., 2013)</i></p> <p>Houve uma premiação, os profissionais elegeram o TOP mais do NASF, o melhor profissional do NASF; <i>houve uma eleição e recebeu prêmio o médico que atendeu mais gente no período recebeu um prêmio, a enfermeira que atendeu mais gente no período recebeu um prêmio. Tava a diretoria da atenção básica, não sei mais quem, não sei mais quem, todos elegantes, as mulheres maquiadas, de vestido longo, não sei o que, pra ganhar uma plaquinha, um diploma, uma caneca, o prêmio né. Que atendeu mais gente. Então você vê o quanto vai na contramão de tudo isso que a gente tá falando. [...] Então assim, totalmente na contramão. Mas o problema é que isso soa bem. Em quem faz em cima e quem faz embaixo, é aquela ideia do paternalismo. O cara espera isso. O cara deve imaginar “estou sendo reconhecido (SIC).</i></p>
<p>RESULTADOS</p>	<p><i>Déficit entre o real e o ideal:</i> impotência sentida e vivenciada pelos participantes da pesquisa, desgaste, cansaço, o qual desencadeia a quebra da rede, a desistência do cuidado, a intensificação do encaminhamento. A realidade do “não dar conta” da dinâmica de trabalho institucionaliza a ideia de que o cuidado em saúde mental é precário, inconsistente e ineficaz. Ainda, houve relato de dificuldade em mudar centralidades e modos de trabalho institucionalizados no serviço, isto é, as entrevistas realizadas com os profissionais mostram existir aspectos culturais que inviabilizam o processo de desinstitucionalização da saúde mental e o desenrolar da reforma psiquiátrica.</p> <p><i>Estratégias do cuidado:</i> no município de Florianópolis existe procura pela estratégia disciplinar, que torna cada profissional responsável pela técnica da sua profissão. Todavia, o impacto de não ter um Caps III, da briga setorial sobre a casa de acolhimento ou da intenção da gestão em modificar o modelo de trabalho do Nasf, são alertas para os movimentos que acontecem nas próprias políticas, cujas pistas confirmam a inviabilidade dos processos da reforma psiquiátrica. Há a prática, ainda, do matriciamento, mas realizado de diferentes formas.</p> <p>Segundo os entrevistados, o cuidado ainda é individualizado e não existe um meio de comunicação eficaz que incentive a troca e o cuidado compartilhado entre os profissionais.</p> <p>Ego profissional: dificuldade dos profissionais em compartilhar o cuidado e em “aceitar” que existam outros tipos de cuidado além dos que aprenderam durante a sua formação.</p> <p>O excesso de demanda, as características dos serviços e das cobranças “veladas” também não contribuem para uma nova perspectiva de cuidado em saúde mental.</p>

**Quadro 24: sexto trabalho selecionado na quarta etapa da revisão**

<p>TÍTULO</p>	<p>Estratégias para o fortalecimento da articulação municipal da rede de atenção psicossocial.</p>
---------------	--

AUTOR	SARZANA, Mislene Beza Gordo
ANO	2019
TIPO DO TRABALHO	Dissertação (mestrado profissional)
OBJETIVO	Elaborar estratégias para articulação dos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial municipal, bem como descrever as fragilidades e potencialidades da articulação municipal entre os serviços que compõem a rede de atenção psicossocial.
MÉTODO / ABORDAGEM	Revisão narrativa da literatura acerca da problemática a ser investigada; Pesquisa participante com abordagem qualitativa, envolvendo a triangulação na coleta de dados - análise documental, aplicação de questionário com os profissionais atuantes nos serviços de saúde que compõe a rede de atenção psicossocial municipal e realização do grupo focal com os profissionais que responderam o questionário; estudo realizado em um município de pequeno porte no sul do Brasil. Contexto histórico da saúde mental; rede de atenção psicossocial (RAPS); apoio matricial; importância do enfermeiro (a).
TRECHOS RELEVANTES	A desinstitucionalização se diferencia da desospitalização no momento em que <i>somente sair de um ambiente hospitalar não é suficiente para a participação social</i> . É preciso superar as condições relacionadas à dependência institucional e a lógica da proteção e contenção que a instituição apresenta. (COSTA; TREVISAN, 2012) Mesmo com a criação dos serviços substitutivos ao modelo hospitalar, as barreiras que se encontram nas práticas de atenção em saúde são significativas, justamente por estarem ligadas por desejos, ideologias e interesses conflitantes. Segundo os autores Leite, Rocha e Santos (2018), <i>os serviços existentes não são suficientes para formar uma rede capaz de suprir as demandas de cuidado em saúde mental, e muitos dos serviços que existem possuem dificuldades em implantar novas práticas de assistência</i> (LEITE; ROCHA; SANTOS, 2018) <i>A atuação dos profissionais na saúde demanda investimento permanente na qualificação</i> , sendo que as técnicas de cuidado e atenção dependem também, diretamente do fazer. Além das ferramentas tecnológicas utilizadas nos tratamentos em saúde, é a ação realizada pelo sujeito-profissional que vai caracterizar, em muitas situações, a resolutividade ou qualidade do atendimento em saúde mental. Espera-se com o tempo que os profissionais da atenção básica se tornem qualificados para atender às demandas que dispensem encaminhamentos desnecessários para os serviços especializados, aumentando a capacidade resolutiva da rede. Para Campos et al. (2009), são muitas instâncias que se acumulam com essa fragmentação, <i>a falta de capacitação e conhecimentos técnico, as condições de trabalho inadequadas, falta de recursos, falta de aplicação de tecnologias leves como acolhimento e escuta terapêutica</i> , esses são alguns dos fatores existentes nos serviços de saúde que dificultam a resolubilidade dos problemas presentes no cotidiano da saúde mental.
RESULTADOS	Não há a devida articulação dos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial, apesar de se tratar de um processo contínuo, sendo necessário, deste modo, a elaboração de estratégias de melhoria. Neste sentido, a partir dos dados foi possível identificar algumas estratégias para essa rede de atenção psicossocial se fortalecer, sendo identificadas pelos profissionais, corroborando o que a literatura também indica, principalmente no que concerne à capacitação dos profissionais e articulação dos serviços, evitando a fragmentação deles, garantindo assim uma assistência integral, bem como a intersetorialidade.

	<p>Destacam-se, entre as estratégias indicadas:  Contratar mais um profissional psiquiatra; Capacitar todos os profissionais atuantes na rede de atenção psicossocial; Realizar o projeto “Cuidando de quem cuida” em todos os serviços que compõem a rede de atenção psicossocial; Implementar a equipe multiprofissional II; Elaborar um cronograma de reunião bimestral com todos os serviços que compõem a rede de atenção psicossocial municipal; Criar grupos terapêuticos alternativos nas unidades básicas de saúde; Empoderar os profissionais que atuam na rede de atenção psicossocial; Permitir a realização de reunião de equipe semanalmente em todas as unidades básicas de saúde; Realizar o diagnóstico das pessoas com transtornos mentais que realizam seu tratamento nas estratégias saúde da família; Efetivar profissionais através de concurso público; Realizar um fluxograma de atendimento à pessoa com transtorno mental; Elaborar uma cartilha de orientação da Rede de Atenção Psicossocial.  Ao final, a autora elaborou uma cartilha de orientação, a fim de construir uma rede fortalecida, articulada e acolhedora.</p>
--	--

**Quadro 25: sétimo trabalho selecionado na quarta etapa da revisão**

Ainda, após a elaboração das referidas tabelas, evidenciou-se que os trabalhos possuíam muitos pontos em comum. De certa forma, todos apresentaram a trajetória histórica da saúde mental, abordando, mesmo que de forma não aprofundada, acerca da Reforma Psiquiátrica, do processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), do papel central dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), da importância do apoio matricial, do papel da enfermagem no novo modelo de assistência psicossocial e dos desafios e necessidade de melhoria da rede de atenção psicossocial. Nada obstante, foram encontradas particularidades compartilhadas apenas por determinados trabalhos: 2 (dois) trabalhos trataram diretamente da reabilitação psicossocial; 3 (três) se utilizaram do método da entrevista semiestruturada para a coleta de dados; 3 (três) possuíam como foco ou se utilizaram de Florianópolis como campo de estudo; 3 (três) se utilizaram da revisão integrativa como forma de revisão da literatura.

Nesta seara:

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	FLORIANÓPOLIS COMO FOCO	REVISÃO INTEGRATIVA
2	3	3	3
Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. Dificuldades relacionadas à alta do CAPS encontradas por usuários com	Dificuldades relacionadas à alta do CAPS encontradas por usuários com transtornos mentais frente ao novo modelo assistencial em saúde mental. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a	Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis. Dificuldades relacionadas à alta do CAPS encontradas por	Práticas em saúde mental e atenção psicossocial acerca da construção de projetos terapêuticos singulares: uma revisão integrativa. Matriciamento em saúde mental.

transtornos mentais frente ao novo modelo assistencial em saúde mental.	partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis. O cuidado em saúde mental: limites e possibilidades da rede de atenção psicossocial.”	usuários com transtornos mentais frente ao novo modelo assistencial em saúde mental.” O cuidado em saúde mental: limites e possibilidades da rede de atenção psicossocial	O cuidado em saúde mental: limites e possibilidades da rede de atenção psicossocial.
---	---	--	--

**Quadro 26: similitudes dos trabalhos selecionados na quarta etapa da revisão**

### **5º Fase: Avaliação dos estudos selecionados**

Constituindo a quinta fase da elaboração da revisão integrativa, a “*avaliação dos estudos selecionados*” diz respeito ao momento em que o pesquisador procede à análise crítica detalhada dos trabalhos selecionados na fase anterior, de modo a avaliar se estes se encontram dentro da temática da pesquisa, se estão atingindo os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos e se são capazes de responder à questão norteadora proposta na primeira fase da revisão integrativa. Neste sentido, outras questões também podem ser utilizadas na avaliação dos estudos selecionados:

qual é a questão da pesquisa; qual é a base para a questão da pesquisa; por que a questão é importante; como eram as questões de pesquisas já realizadas; a metodologia do estudo está adequada; os sujeitos selecionados para o estudo estão corretos; o que a questão da pesquisa responde; a resposta está correta e quais pesquisas futuras serão necessárias (UNESP, 2015, p. 8).

Desta forma, com base nos estudos selecionados na fase 4 da presente revisão integrativa, procedeu-se à avaliação das publicações com base nos objetivos, resultados e conclusão, bem como em relação à adequação destas para com o objetivo e pergunta norteadora propostas na primeira fase da revisão. Todavia, a análise da metodologia empregada foi deixada de lado, eis que na revisão integrativa não há obrigatoriedade na avaliação dos aspectos metodológicos dos estudos (NOBRE, 2021).

Inicialmente, levando em conta que o “problema” proposto na presente revisão integrativa diz respeito à atuação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para com as demandas psicológicas, tendo como foco o Município de Florianópolis, e que o propósito da referida revisão é responder à pergunta norteadora “*A ausência de estrutura física, política e econômica da Rede de Atenção Psicossocial, em especial a do Município de Florianópolis, acaba por torná-la incapaz de atender de modo satisfativo as demandas de tratamento psicológico, desrespeitando o preceito constitucional do direito à saúde como direito fundamental?*”, tem-se que apenas 3 (três) dos 7 (sete) artigos então selecionados tratam da

temática analisada, isto é, são capazes de responder à pergunta norteadora, bem como se encaixar no problema proposto.

Neste sentido:

- (i) Publicado em 2012, o Artigo intitulado “*Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil*” (COSTA et al, 2012) possuía como objetivo descrever os elementos que compõem os desafios acerca da reabilitação psicossocial na rede de cuidados em saúde. Nada obstante tratar da rede de atenção à saúde mental, não foi capaz de responder à pergunta norteadora;
- (ii) Publicada em 2016, a Dissertação (mestrado profissional) sob o título “*Práticas em saúde mental e atenção psicossocial acerca da construção de projetos terapêuticos singulares: uma revisão integrativa*” (PEREIRA, 2016) possuía como objetivo conhecer os Projetos Terapêuticos Singulares, construídos nos serviços de saúde mental e atenção psicossocial, com base nas publicações científicas brasileiras, afastando-se, assim, do objetivo da presente revisão integrativa;
- (iii) Também publicado no ano de 2016, o TCC (especialização) intitulado “*Matriciamento em saúde mental*” (LOUROZA, 2016) apresentou como objetivo a identificação de publicações científicas de enfermagem acerca do tema, não se encontrando dentro da temática da pesquisa delineada na fase 1º da revisão *in casu*.
- (iv) Publicado em 2019, a Dissertação (mestrado profissional) sob o título “*Estratégias para o fortalecimento da articulação municipal da rede de atenção psicossocial*” (SARZANA, 2019), possuía o intuito de elaborar estratégias para articulação dos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial municipal, bem como descrever as fragilidades e potencialidades da articulação municipal entre os serviços que compõem a rede de atenção psicossocial, não se encaixando, desta forma, na revisão integrativa em desenvolvimento.

Assim, após a devida exclusão das pesquisas que fogem à temática da presente revisão integrativa, passa-se à avaliação dos estudos então selecionados.

O trabalho de Monografia intitulado “*Dificuldades relacionadas à alta do CAPS encontradas por usuários com transtornos mentais frente ao novo modelo assistencial em saúde mental*” (OLIVEIRA, 2012), publicado no ano de 2012, buscou, através de entrevistas realizadas com profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial do subtipo II (voltado a atendimentos para adultos com transtornos mentais) da Região da Grande Florianópolis, explicar acerca das dificuldades relacionadas à alta do CAPS encontradas por usuários com

transtornos mentais. Trata-se, pois, de pesquisa envolta em uma questão atual e demasiadamente importante, levando em conta que o modelo assistencial em saúde mental em vigor é relativamente novo e se encontra em constante aperfeiçoamento, de modo que estudos acerca do mesmo se apresentam como de extrema relevância. Ainda, constata-se que, ao se realizar a coleta de dados através do instrumento da entrevista semiestruturada, possibilitou-se o conhecimento e exploração acerca do funcionamento da rede de atenção psicossocial (RAPS) no Município de Florianópolis, indo ao encontro, assim, tanto do problema proposto na presente revisão integrativa, como apresentando uma resposta à pergunta norteadora inicialmente proposta.

De outra banda, a Dissertação intitulada *“Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis”* (FROSI, 2013), publicada no ano de 2013, tendo como objetivo descrever e analisar práticas assistenciais em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) na cidade de Florianópolis, também foi capaz de ir ao encontro da temática, problema e questão norteadora proposta na revisão integrativa em questão. Isto, pois, através de pesquisas acerca da saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS), bem como de entrevistas semiestruturadas com gestores, profissionais, usuários, observação direta de práticas assistenciais e análise de documentos institucionais e de registro da Atenção, o trabalho em questão não apenas descreveu as práticas assistências oferecidas pelo referido órgão (intervenções farmacológicas; pela palavra; sócio comunitárias; através do corpo), como também acabou por delinear as carências e dificuldades apresentadas pela Rede de Atenção Psicossocial do Município de Florianópolis.

Por fim, o trabalho de Dissertação sob o título *“O cuidado em saúde mental: limites e possibilidades da rede de atenção psicossocial”* (TRAJANO, 2017), publicado em 2017, possuía o objetivo de compreender as concepções sobre o cuidado em saúde mental na Atenção Básica, a partir dos discursos dos profissionais e gestores da área da saúde do município de Florianópolis, tendo se utilizado, dentre outros métodos, de entrevistas semiestruturadas com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a Gerência de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com a Gerência de Atenção Básica e a Gerência NASF. Dentre os 3 (três) estudos em análise, este se apresentou como sendo o mais capaz de apresentar a realidade da Rede de Atenção Psicossocial do Município, levando em conta a pergunta norteadora proposta na fase inicial da revisão *in casu*. Os métodos utilizados foram capazes de retratar não apenas o “interior” da RAPS, as vivências dos profissionais que nela atuam, como

também o “exterior” do referido órgão, apontando fatores que acabam por inviabilizar o processo de desinstitucionalização da saúde mental.

### **6° Fase: Interpretação e apresentação/síntese dos resultados da pesquisa**

A última fase da revisão integrativa consiste na etapa em que “o revisor, fundamentado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos, realiza a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa” (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p. 762). Isto é, ocorre a articulação, dos dados até então isolados, em um “grupo unitário e consistente respondendo ao problema delimitado ou à questão orientadora do estudo” (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998, p. 111). Feito isso, passa-se à elaboração de um documento capaz de “contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos” (UNESP, 2015, p. 9).

Neste sentido, procedeu-se à análise das publicações selecionadas, tendo como subsídio a questão norteadora da presente revisão. Buscou-se estabelecer os pontos de convergência e divergência entre os trabalhos, independentemente do tipo de pesquisa desenvolvida e dos métodos empregados em cada um dos estudos. Assim, dos 3 (três) artigos selecionados (*“Dificuldades relacionadas à alta do CAPS encontradas por usuários com transtornos mentais frente ao novo modelo assistencial em saúde mental”*; *“Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis”*; e *“O cuidado em saúde mental: limites e possibilidades da rede de atenção psicossocial”*), 2 (dois) foram elaborados em curso de pós-graduação *stricto sensu* (Mestrado; tratando-se, mais especificamente, de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial), sendo o terceiro uma Monografia (Curso de graduação em Psicologia).

Ainda, referidos trabalhos foram publicados nos anos de 2012, 2013 e 2017, o que acaba por evidenciar uma escassez na produção científica sobre o tema explorado, trazendo à tona a necessidade de aprofundamento e confecção de publicações que discorram acerca do funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Município de Florianópolis, capital de Santa Catarina. Em relação ao instrumento de coleta de dados utilizado nos estudos, tem-se que todos se utilizaram da entrevista semiestruturada, com foco na abordagem qualitativa.

De outra banda, no que tange ao conteúdo dos estudos selecionados, evidenciou-se que, nada obstante possuírem objetivos diferentes - explanação acerca das dificuldades relacionadas

à alta do CAPS encontradas por usuários com transtornos mentais; descrição e análise das práticas assistenciais em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) na cidade de Florianópolis; e compreensão das concepções sobre o cuidado em saúde mental na Atenção Básica, a partir dos discursos dos profissionais e gestores da área da saúde do município de Florianópolis - todos os trabalhos acabaram por retratar a atuação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Município de Florianópolis para com as demandas psicológicas, assim como foram capazes de responder a pergunta norteadora da presente revisão integrativa: “*A ausência de estrutura física, política e econômica da Rede de Atenção Psicossocial, em especial a do Município de Florianópolis, acaba por torná-la incapaz de atender de modo satisfativo as demandas de tratamento psicológico, desrespeitando o preceito constitucional do direito à saúde como direito fundamental?*”.

Nesta seara, o estudo de Cesar Ramos Oliveira (OLIVEIRA, 2012), publicado em 2012, teve como objetivo explicar acerca das dificuldades relacionadas à alta do CAPS encontradas por usuários com transtornos mentais, tendo se utilizado de entrevistas realizadas com profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial do subtipo II (voltados a atendimentos para adultos com transtornos mentais) da Região da Grande Florianópolis para tanto. Restou concluído que referidas dificuldades dizem respeito, principalmente, à:

1) *própria prescrição de alta para os usuários*, em decorrência tanto da falta de compreensão dos profissionais em relação ao funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (falta de capacitação), como a própria ausência de profissionais, sendo que a maior dificuldade no processo de alta dos usuários está em realizar o encaminhamento destes dentro da Rede de Atenção à Saúde Mental (ausência ou ineficácia do princípio da integralidade da Rede de Atenção à Saúde Mental);

2) *reabilitação e reinserção social dos usuários após a prescrição de alta*, os quais, após sair do CAPS, encontram barreiras para dar continuidade em seus tratamentos devido à falta de estrutura na rede, bem como “demora no atendimento”, prejudicando o processo de Reinserção Social do usuário pela falta de garantia ao acesso de um tratamento adequado;

3) *aos familiares dos usuários após a prescrição da alta*, em razão da falta de compreensão do que seu familiar (ora paciente e usuário do CAPS) está enfrentando, suas patologias, e as finalidades de seus projetos terapêuticos, sendo que apesar de existirem estratégias para fortalecer a inclusão da família nos projetos terapêuticos de usuários dos CAPS, nem sempre é possível, apesar de demasiadamente necessário, capacitar estes familiares para lidarem com o sofrimento destes usuários.

Raquel Valiente Frosi (FROSI, 2013) por sua vez, publicou em 2013 um estudo com o objetivo de descrever e analisar práticas assistenciais em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) na cidade de Florianópolis, tendo sido consideradas como práticas assistenciais em saúde mental aquelas empregadas para a abordagem de sofrimento psíquico, de problemas psicossociais e para atenção de sujeitos com diagnóstico psiquiátrico, além de ações voltadas a fortalecer o desenvolvimento psicossocial. Para tanto, se utilizou de entrevistas semiestruturadas com gestores, profissionais, usuários, além da observação direta de práticas assistenciais e análise de documentos institucionais e de registro da Atenção, no caso, os prontuários.

Ao longo do trabalho de Frosi foi possível constatar algumas deficiências apresentadas pela Rede de Atenção Psicossocial do Município. Na época do estudo, a rede de saúde mental contava com um (1) CAPS II, dois (2) CAPS-Ad e um (1) CAPS-i, não havendo outros serviços de saúde mental como Serviço Residencial Terapêutico ou Centro de Convivência e Cultura e o atendimento de emergência e a internação em saúde mental ocorriam em um Hospital Psiquiátrico situado em uma cidade vizinha. A autora denotou que as equipes de saúde incluídas no estudo se situavam em centros de saúde de portes bastante variados, refletindo a rede de Florianópolis, que possuía serviços com uma (1) até seis (06) equipes de saúde da família. Todavia, constatou-se que a média e a mediana da população das equipes estava em torno de 3.350 pessoas, isto é, as equipes estavam atendendo um número de população maior do que o recomendado pela Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2488/2011 recomendava a média de 3.000 pessoas por equipe de ESF, e que a população atendida por cada equipe de ESF não deveria ultrapassar 4.000 pessoas).

Ainda, foi observado que o acompanhamento em saúde mental na equipe de saúde da família era uma atividade bastante centrada nos profissionais de medicina, fruto da própria centralidade dada à intervenção medicamentosa. Dentre os desafios mencionados no trabalho, foi recorrente a afirmação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) acerca da necessidade de formação na área de saúde mental, enfocando-se questões como acolher, abordar e orientar. Frosi relatou que a falta de profissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF) e também sua rotatividade, determinando pouco tempo de trabalho na equipe, foram identificados pelas entrevistas, sendo que, no início do estudo realizado pela autora, duas (2) equipes estavam sem profissional da área médica.

De outra banda, no que se refere ao conjunto de práticas assistenciais em saúde mental oferecidas na APS, denota-se do trabalho que a autora as organizou em quatro eixos

interrelacionados: intervenções farmacológicas, intervenções pela palavra, intervenções sócio comunitárias e intervenções através do corpo. Inicialmente, no que tange à *intervenções farmacológicas*, por meio das entrevistas observou-se que muitas vezes as condutas medicamentosas não eram desenhadas de forma articulada a um plano de Atenção, inclusive a avaliação frequente do próprio prescritor, deixando todo o efeito da terapêutica a cargo do próprio remédio, havendo, portanto, uma centralidade nos fármacos. Desta forma, identificou-se a introdução ou aumento de dose de medicamentos sem uma construção argumentativa naquele caso, ou sem ponderação de outras ofertas terapêuticas induzidas de forma efetiva.

Em relação à *intervenções pela palavra*, a autora apontou que, durante as entrevistas com os profissionais, fez-se menção a um conjunto de estratégias que valorizam a dimensão da subjetividade, como ampliação de queixas clínicas, com marcada sutilidade; utilização do arcabouço teórico da medicina de família, com uma clínica centrada na pessoa e atenta a história social e familiar; e ainda, a realização de acolhimentos estruturados pela escuta. Todavia, chamou sua atenção o fato de que nem sempre esta valorização da subjetividade apontava intervenções calcadas nesta mesma complexidade, ocupando apenas um papel de favorecer o diagnóstico e/ou a vinculação, com vistas a uma intervenção ainda muito medicamentosa, e, portanto, biomédica. Nada obstante, as intervenções pela palavras eram, de fato, concretizadas algumas vezes: a dimensão do apoio incluía incentivos para a realização de atividades prazerosas e reorganização da rotina, e também para adesão ao tratamento proposto; o acolhimento de enfermagem foi referido pelos profissionais como um espaço de escuta; alguns profissionais propiciam um espaço de reflexão sobre a situação de sofrimento; grupos de apoio psicológico como sendo uma primeira linha de intervenção para os casos de sofrimento psíquico.

As *intervenções sócio comunitárias* se apresentaram como sendo as intervenções familiares; prioritariamente associadas a situações de crise ou de maior gravidade; e as de incentivo às atividades comunitárias; as quais se mostraram bastante presentes, ainda que por vezes não tenham sido utilizadas de forma intencional, ou em alternativa a outras opções terapêuticas. Ainda, foi observado nas entrevistas com os profissionais, que têm sido realizados encaminhamentos para grupos nas comunidades como parte do plano de Atenção em saúde mental, sendo que o intuito do encaminhamento muitas vezes é a socialização.

Por fim, em relação às *intervenções através do corpo*, a autora relatou que o incentivo à atividade física foi bastante presente para o conjunto de usuários e também bastante transversal ao conjunto de atividades socializantes ou prazerosas propostas a eles. Apontou, ainda, que

além da caminhada, outras 103 práticas corporais, como relaxamento e mesmo a fisioterapia foram sugeridas aos usuários como parte articulada do processo de Atenção ou acabaram por cumprir uma função bastante interessante, sendo que algumas práticas apareceram associadas aos casos mais graves, como oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, e também ações de atenção à crise.

Em 2017, Mariana Peres Trajano (TRAJANO, 2017) desenvolveu um trabalho voltado para compreensão das concepções sobre o cuidado em saúde mental na Atenção Básica, a partir dos discursos dos profissionais e gestores da área da saúde do município de Florianópolis. Também se utilizando do instrumento da entrevista semiestruturada, Trajano foi capaz de retratar o interior da RAPS do referido Município. No ano de publicação do referido trabalho, Florianópolis contava apenas com quatro CAPS: Caps infantil, Caps II (para adultos) e dois Caps direcionados a sujeitos com abuso ou dependência de álcool e outras drogas (continente e ilha), não dispo de leitos de internação psiquiátrica em hospitais gerais, tampouco Caps III, dispositivo de referência 24h, preconizado pela Portaria 3.088 do Ministério da Saúde em 2011.

Segundo a autora, por meio das entrevistas realizadas, pode-se evidenciar uma demasiada impotência sentida pelos participantes da pesquisa, desgaste, cansaço, o qual desencadeia a quebra da rede, a desistência do cuidado, a intensificação do encaminhamento. Neste sentido, apontou que a realidade do “não dar conta” da dinâmica de trabalho acaba por institucionalizar a ideia de que o cuidado em saúde mental é precário, inconsistente e ineficaz. Ainda, nas entrevistas houve relato de dificuldade em mudar centralidades e modos de trabalho institucionalizados no serviço, isto é, a existência de aspectos culturais que inviabilizam o processo de desinstitucionalização da saúde mental e o desenrolar da reforma psiquiátrica. Desta maneira, afirmou que as contradições enraizadas no processo histórico de (re)construção do cuidado em saúde mental como, por exemplo, inexistência de pontos da Raps que são centrais para o cuidado integral (Caps III, leitos em hospitais gerais, centros de convivência, dentre outros) acabam por fortalecer o papel do hospital psiquiátrico e inviabilizar o questionamento dos profissionais e da sociedade quanto à sua importância.

Trajano afirma que no município de Florianópolis existe procura pela estratégia disciplinar, que torna cada profissional responsável pela técnica da sua profissão, todavia, o impacto de não ter um Caps III ou da intenção da gestão em modificar o modelo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), são alertas para os movimentos que acontecem nas próprias políticas, cujas pistas confirmam a inviabilidade dos processos da reforma

psiquiátrica. Relatou, ainda, que há a prática do matriciamento, mas realizado de diferentes formas, não havendo uma forma definida de prática do mesmo. Por fim, outras dificuldades encontradas pelos profissionais foram mencionadas pela autora: segundo os entrevistados, o cuidado ainda é individualizado e não existe um meio de comunicação eficaz que incentive a troca e o cuidado compartilhado entre os profissionais; ego profissional: dificuldade dos profissionais em compartilhar o cuidado e em “aceitar” que existam outros tipos de cuidado além dos que aprenderam durante a sua formação; o excesso de demanda, as características dos serviços e das cobranças “veladas” também não contribuem para uma nova perspectiva de cuidado em saúde mental.

De outra banda, com o objetivo de apresentar um panorama da realização e da síntese da presente revisão integrativa, elaborou-se a tabela a seguir:

SÍNTESE DA REVISÃO INTEGRATIVA REALIZADA
<p>1ª FASE: IDENTIFICAÇÃO DO TEMA E SELEÇÃO DA QUESTÃO DA PESQUISA</p> <p><i>Problema:</i> atuação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para com as demandas psicológicas.</p> <p><i>Pergunta norteadora:</i> “A ausência de estrutura física, política e econômica da Rede de Atenção Psicossocial, em especial a do Município de Florianópolis, acaba por torná-la incapaz de atender de modo satisfativo as demandas de tratamento psicológico, desrespeitando o preceito constitucional do direito à saúde como direito fundamental?”.</p> <p><i>Data do levantamento de dados:</i> janeiro de 2021.</p> <p><i>Base de dados:</i> Google Acadêmico e Repositório Institucional da UFSC.</p> <p><i>Descritores utilizados:</i> Google Acadêmico: “Rede de Atenção Psicossocial em Florianópolis” e “Saúde mental em Florianópolis”; Repositório Institucional da UFSC: “Rede de Atenção Psicossocial em Florianópolis”, “Saúde psicossocial”, e “Saúde Mental Município de Florianópolis”.</p>
<p>2ª FASE: ESTABELECIMENTO DE CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO – SELEÇÃO DAS PUBLICAÇÕES</p> <p><i>Crítérios de inclusão:</i> (a) trabalhos publicados em português; (b) publicações que retratassem a temática referente ao direito à saúde mental/psicológica, isto é, que apresentassem relação com o tema em questão; (c) que respondesse à questão norteadora; (d) disponibilidade do artigo na íntegra de forma gratuita nas bases de dados selecionadas; (e) publicações que se encontravam dentro do marco temporal 2011 (ano de criação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS) a 2020.</p> <p><i>Crítérios de exclusão:</i> (a) trabalhos em que o tema divergiu do assunto principal; (b) trabalhos não disponíveis de forma gratuita; (c) trabalhos publicados fora do marco temporal de 2011 a 2020.</p> <p><i>Estudos pré-selecionados:</i> 18 (dezoito)</p>
<p>3ª FASE: DEFINIÇÃO DAS INFORMAÇÕES EXTRAÍDAS DAS PUBLICAÇÕES REVISADAS</p> <p><i>Elaboração de tabelas:</i> após a identificação dos estudos, realização de leituras dos títulos, resumos e/ou publicações na íntegra, elaborou-se uma tabela com os estudos pré-selecionados para a revisão integrativa, com o fito de expor as informações extraídas das publicações pré-selecionadas na fase anterior.</p>
<p>4ª FASE: CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS</p> <p><i>Exclusão de estudos:</i> após a leitura e análise pormenorizada das publicações pré-selecionadas na fase anterior, optou-se por excluir da revisão integrativa 11 (onze) dos 18 (dezoito) trabalhos, em razão de se tratarem de estudos focados em locais específicos, que não Florianópolis.</p> <p><i>Elaboração de matriz síntese:</i> procedeu-se à leitura na íntegra dos 7 (sete) trabalhos restantes e elaboração de tabela para cada um deles, contendo as seguintes informações: título; autor (a); ano; tipo de trabalho, objetivo; método/abordagem; trechos relevantes; e resultados.</p> <p>Evidenciamento dos pontos em comum entre os trabalhos.</p> <p><i>Trabalhos selecionados para a fase seguinte:</i> 7 (sete)</p>

5ª FASE: AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS

*Avaliação das publicações:* com base nos estudos selecionados na fase 4 (quatro) da presente revisão integrativa, procedeu-se à avaliação das publicações com base nos objetivos, resultados e conclusão, bem como em relação à adequação destas para com o objetivo e pergunta norteadora propostas na primeira fase da revisão. Não foi realizada análise de eventual metodologia empregada.

*Exclusão de publicações:* exclusão de 4 (quatro) dos 7 (sete) trabalhos, em razão de não tratarem da temática analisada, isto é, não foram capazes de responder à pergunta norteadora, bem como se encaixar no problema proposto.

*Avaliação dos 3 (três) estudos selecionados.*

6ª FASE: INTERPRETAÇÃO E APRESENTAÇÃO / SÍNTESE DOS RESULTADOS DA PESQUISA

*Análise das publicações selecionadas,* tendo como subsídio a questão norteadora.

*Estabelecimento dos pontos de convergência e divergência* entre os trabalhos.

*Três trabalhos analisados:* “Dificuldades relacionadas à alta do CAPS encontradas por usuários com transtornos mentais frente ao novo modelo assistencial em saúde mental”; “Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis”; e “O cuidado em saúde mental: limites e possibilidades da rede de atenção psicossocial”; escassez de estudos acerca da temática.

*Capazes de responder à pergunta norteadora:* todos.

*Pergunta norteadora:* “A ausência de estrutura física, política e econômica da Rede de Atenção Psicossocial, em especial a do Município de Florianópolis, acaba por torná-la incapaz de atender de modo satisfatório as demandas de tratamento psicológico, desrespeitando o preceito constitucional do direito à saúde como direito fundamental?”.

*Resposta da pergunta norteadora:* Sim, diante da incapacidade da rede de atenção psicossocial, em especial a do Município de Florianópolis, em atender as demandas de tratamento psicológico, tem-se o desrespeito ao direito fundamental à saúde mental.

**Quadro 27: síntese da revisão integrativa realidade**

Por fim, como resposta à pergunta norteadora da presente revisão integrativa, tem-se que, nada obstante Florianópolis ser a capital do estado brasileiro de Santa Catarina, possuir aproximadamente 508.826 habitantes (IBGE, 2021); dados estes que deveriam ser, no mínimo, influenciadores na forma e nas políticas de construção e aperfeiçoamento da saúde pública; sua Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ainda deixa a desejar. Por óbvio que o atual sistema de saúde público voltado aos cuidados da saúde mental ainda é, relativamente, recente e se encontra em constante desenvolvimento e aperfeiçoamento, todavia, ainda são muitas as barreiras que se encontram frente à desinstitucionalização da saúde mental. Por meio dos 3 (três) estudos selecionados para resposta à pergunta norteadora, pode-se adentrar no interior da RAPS do Município e ver com clareza algumas das dificuldades encontradas tanto pelos profissionais que atuam na área, como pelos próprios usuários do serviço público referido.

### **3. (IN)EFICÁCIA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS**

Por meio da análise pormenorizada dos 3 (três) estudos selecionados para a revisão integrativa realizada no capítulo anterior (“*Dificuldades relacionadas à alta do CAPS encontradas por usuários com transtornos mentais frente ao novo modelo assistencial em saúde mental*”; “*Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis*” e “*O cuidado em saúde mental: limites e possibilidades da rede de atenção psicossocial*”), se examinará se as práticas em saúde mental desenvolvidas no município de Florianópolis se coadunam com o atual modelo de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Neste sentido, inicialmente se explanará acerca das principais legislações brasileiras atinentes ao direito à saúde mental – tópico 1 (um) -, para, posteriormente – tópico 2 (dois) -, por meio de uma retratação da realidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Município, analisar se tais legislações estão sendo aplicadas neste, isto é, se o direito à saúde mental está sendo efetivado em Florianópolis.

#### **3.1. PRINCIPAIS LEGISLAÇÕES BRASILERIAS ACERCA DA SAÚDE MENTAL**

A legislação atua como um importante instrumento a fim de “garantir a atenção e o tratamento adequados e apropriados, a proteção dos direitos humanos de pessoas com transtornos mentais e a promoção da saúde mental das populações” (OMS, 2015, p. 2). Desta forma, a legislação em saúde mental não apenas pode servir como uma forma de prevenção à discriminação contra as pessoas portadoras de transtornos mentais, como também se mostra como sendo um dispositivo apto a garantir a não violação dos direitos humanos destes. Neste sentido, acredita-se que a primeira legislação brasileira responsável por tratar das pessoas com transtornos mentais foi o Decreto Imperial nº 82, de 18 de julho de 1841, o qual não apenas instituiu a psiquiatria institucional e estatal no país (MARTINS, 2011, p. 43) como também criou o Hospício de Pedro II, considerado o “primeiro hospital destinado ao tratamento de alienados no Brasil” (RIBEIRO, 2012, p.7).

Posteriormente, surge o Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, o qual “Reorganiza a Assistência a Alienados” (BRASIL, 2021a), preceituando que “o único lugar autorizado a receber louco era o hospício, por possuir condições adequadas, e toda internação estaria sujeita ao parecer médico” (MARTINS, 2011, p.44). Em 1º de janeiro de 1916, o Código Civil dos Estados Unidos do Brasil, Lei nº 3.071, foi responsável por elencar, em seu art. 5º, II, os “loucos de todo gênero” como sendo absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida

civil (BRASIL, 2021b), ficando submetidos, assim, ao instituto da curatela, nos termos do art. 446, I, da Lei em questão. O Decreto nº 24.559, de 3 de Julho de 1934 (BRASIL, 2021a) por sua vez, revogou o Decreto de 1903, dispondo “sôbre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessôa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências”, retirando o termo “alienado” do ordenamento jurídico e passando a usar o termo “psicopata” de modo mais amplo (MARTINS, 2011, p. 44).

A Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) (BRASIL, 1988) promulgada em 05 de outubro de 1988, elencou em seu art. 6º, o direito à saúde como sendo um direito social e acabou por instituir o Sistema Único de Saúde (SUS), afirmando que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” a qual é garantida “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196), sendo que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (...)” (art. 198, *caput*). De outra banda, no dia 12 de setembro de 1989, o então Deputado Paulo Delgado apresentou ao Congresso Nacional o Projeto de Lei (PL) nº 3657, dispondo não apenas “sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”, como também acerca da “proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2021a).

Em 19 de setembro de 1990, a Lei nº 8.080 (BRASIL, 2021a) tratou de dispor “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, afirmando ser “a *universalidade* de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (art. 7º, I), a “*integralidade* de assistência, entendida 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” (art. 7º, II) e a “*igualdade* da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (art. 7º, IV), alguns dos princípios basilares do SUS.

No mesmo ano, em 28 de dezembro, a Lei nº 8.142 dispôs “sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 2021b), constituindo a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde como sendo instâncias colegiadas do SUS, de modo que, enquanto a Conferência de Saúde possui como objetivo “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de

saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde” (art. 1º, §1º), o Conselho de Saúde atuará na formação “de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” (art. 1º, §2º).

A Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000 (BRASIL, 2000, p. 85-86) institui os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do SUS, visando o melhor atendimento ao portador de transtornos mentais, sendo entendidos como referidos Serviços, conforme o art. 1º, parágrafo único da referida Lei, as “moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social”, cabendo à estes serviços, conforme o art. 3º:

- (i) garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;
- (ii) atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;
- (iii) promover a reinserção desta clientela à vida comunitária.

Em 6 de abril de 2001 é aprovado o Projeto de Lei Paulo Delgado, transformando-se na Lei nº 10.216, a qual “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2021b) afirmando, em seu art. 2º, que “nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos (...)”, sendo direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, nos termos do parágrafo único do referido artigo:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

- III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Referida Lei procurou privilegiar o tratamento comunitário, informando, neste sentido, que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (art. 4º, *caput*), que “o tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros” (art. 4º, §2º) e que “é vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares” (art. 4º, §3º). Ainda, explanou em seu art. 6º acerca dos tipos de internação psiquiátrica, sendo eles (BRASIL, 2021b).

- I – *internação voluntária*: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II – *internação involuntária*: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III – *internação compulsória*: aquela determinada pela Justiça (BRASIL, 2021b, grifo nosso).

Curioso é que, nada obstante a Lei nº 10.216 ter como objetivo privilegiar o tratamento comunitário, com a extinção progressiva dos manicômios, ela acaba por não deixar claro “quais mecanismos serão adotados para a extinção dos manicômios” (MARTINS, 2011, p. 47), fazendo com que haja uma contradição do corpo da Lei com os seus próprios objetivos iniciais. De outra banda, a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro 2002 (BRASIL, 2002), estabeleceu, no *caput* do seu art. 1º, que os “Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional”.

Outrossim, a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003 (BRASIL, 2021b) “institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações”, constituindo um auxílio mensal pecuniário voltado aos pacientes egressos de internações, sendo “(...) parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde”, nos termos do parágrafo único do art. 1º.

Aqui, realiza-se uma crítica ao valor do referido benefício, visto que fixado em apenas R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), não tendo-se achado notícia de alteração do valor. Assim, levando-se em conta que para fazer jus ao benefício o indivíduo deve ser “egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos” (art. 3º, I), somados ao fato de que após a internação, devido ao estigma social associado às pessoas portadoras de transtornos mentais, fica difícil voltar à “vida em sociedade”, um auxílio no valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) se mostra como sendo quase desumano, eis que seus beneficiários são pessoas que estão praticamente começando a vida novamente.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, trata de regulamentar “a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências” (BRASIL, 2021b), afirmando, em seu art. 9º, que são consideradas como Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços de: I - de atenção primária; II - de atenção de urgência e emergência; III - de atenção psicossocial; e IV - especiais de acesso aberto, sendo que, conforme o art. 2º, inciso III, considera-se como “Porta de Entrada” os serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS. Isto é, Porta de Entrada é onde o usuário terá o primeiro contato com o serviço do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, foi a responsável por instituir a “Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2021c). Neste sentido, a finalidade da RAPS, conforme o art. 1º da referida Lei, é “a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”, sendo suas diretrizes, nos termos do art. 2º:

- I – respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II – promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III – combate a estigmas e preconceitos;
- IV – garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V – atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI – diversificação das estratégias de cuidado;
- VII – desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII – desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX – ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X – organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI – promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII – desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (BRASIL, 2021c, grifo nosso).

Ainda, o art. 4º elenca os objetivos da RAPS:

- I – *promover* cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- II – *prevenir* o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- III – *reduzir* danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- IV – *promover* a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária.
- V – *promover* mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- VI – *desenvolver* ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- VII – *produzir e ofertar* informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- VIII – *regular e organizar* as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e

IX – *monitorar e avaliar* a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2021c, grifo nosso).

A Portaria também dispõe acerca dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (art. 6º), sobre as quatro fases da operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial (art. 13), além de trazer à tona mais informações acerca do funcionamento dos CAPS, como forma de “complemento” à Portaria nº 336, de 19 de fevereiro 2002, a qual dispõe acerca do CAPS. Neste sentido, o art. 7º, §4º da Portaria nº 3.088, expressa que os Centros de Atenção Psicossocial estarão organizados nas seguintes modalidades:

I – CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II – CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III – CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV – CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V – CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI – CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. BRASIL (2021c).

Nesta seara, a Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011 “dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)” (BRASIL, 2021c). Por sua vez, a Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2021 (BRASIL, 2021c) trata de instituir “incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente

Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS)”, sendo que, conforme o art. 2º da Portaria, o incentivo financeiro será destinado ao ente federado que desenvolva programa de reabilitação psicossocial e que I) esteja inserido na Rede de Atenção Psicossocial; II) esteja incluído no Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST) do Ministério da Saúde; e III) tenha estabelecido parceria com Associações de Usuários, Familiares e Técnicos, Cooperativas, Incubadoras de Cooperativas ou Entidades de Assessoria e Fomento em Economia Solidária para apoio técnico e acompanhamento dos projetos.

Ainda, o art. 5º elenca a possibilidade de os entes federativos possuírem prioridade no recebimento do incentivo financeiro, desde que:

I – tenham implantado Serviços Residenciais Terapêuticos, instituídos pela Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, com as alterações incluídas pela Portaria nº 3090, de 23 de dezembro de 2011;

II – tenham aderido ao Programa De Volta pra Casa, estabelecido pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003; e

III – possuam usuários em internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia;

§ 1º Terá preferência o ente que cumprir todos os requisitos previstos nos incisos do caput, e assim por diante.

§ 2º Em caso de cumprimento de apenas um ou dois dos requisitos previstos no caput, a ordem em que estão colocados será considerada ordem de preferência (BRASIL, 2021c).

A Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012, trata de definir:

As normas de funcionamento e habilitação do *Serviço Hospitalar de Referência* para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio (BRASIL, 2012c).

Assim, o Serviço Hospitalar de Referência para a Saúde Mental oferta suporte hospitalar para situações de urgência/emergência, por meio de internações de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário, funcionando em regime integral, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, finais de semana e feriados. Ainda, a implantação do referido serviço dependerá a) da existência de ações de saúde mental na Atenção Básica e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência, em Municípios ou Regiões de Saúde com até 100 (cem) mil habitantes; b) da existência de ações de saúde mental na Atenção Básica

e de CAPS de referência que realize atenção a pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas, em Municípios ou Regiões de Saúde com mais de 100 (cem) mil habitantes, sendo que *tais serviços devem ser implantados em Hospitais Gerais*, preferencialmente de natureza pública ou filantrópica, conforme o art. 8º, caput, incisos e parágrafo único da Portaria *in casu*.

Por fim, a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2021c) altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Referida Portaria acrescenta, como sendo componente da RAPS, a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas, assim como a Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral; b) Hospital Psiquiátrico Especializado; c) Hospital dia; e CAPS AD IV, nos termos do art. 5º da referida Portaria. Assim, conforme preceitua Sarzana (SARAZANA, 2019, p. 23-24, grifo nosso), os componentes da RAPS, nos termos das Portarias 3.088/2011 e 3.588/17 seriam:

- a) *Atenção Básica*: serviço de saúde composto por uma equipe multiprofissional responsável por ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção, e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde;
- b) *Consultório na Rua*: equipe constituída por profissionais que ofertam ações e cuidados de saúde à população em situação de rua, no âmbito da RAPS;
- c) *Centros de Convivência*: espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade;
- d) *Unidade de Acolhimento*: oferece cuidados contínuos de saúde para pessoas com transtorno mental e uso decorrentes de crack, álcool e outras drogas, em situações de vulnerabilidade social e/ou familiar, que necessitam de acompanhamento terapêutico e protetivo por um período de até seis meses. Este serviço funciona vinte e quatro horas, atende-se ao público adulto e infanto-juvenil;
- e) *Serviços Residenciais Terapêuticos*: são moradias destinadas a pessoas egressas de um período longo de internação em hospital psiquiátrico e hospital de custódia. Existem duas modalidades de SRT: a modalidade I é destinada àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais, a SRT na modalidade II é destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos;
- f) *Hospital dia*: é a assistência intermediária entre a internação hospitalar e o atendimento ambulatorial. São realizados procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que demanda a permanência do paciente por um período de até 12 horas;
- g) *Hospitais de referências especializadas em Hospitais Gerais*: I - Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral: oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas; II - Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece retaguarda clínica por meio de internações de curta duração;
- h) O CAPS é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos

mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. Os CAPS estão organizados nas seguintes modalidades: CAPS I e II: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, e uso decorrente crack, álcool e outras drogas; CAPS III: oferece serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas; CAPS AD e AD III: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Este último proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, durante os sete dias da semana; CAPS I: atende crianças e adolescentes; CAPS AD IV incluído pela portaria 3588/2017: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação;

i) *A Equipe multiprofissional de Atenção Especializada*: serviço destinado a atender pessoa com transtornos mentais moderados, por meio de uma equipe multiprofissional, atendendo à demanda referenciada pela atenção básica;

j) *Hospitais Psiquiátricos Especializados*: é destinado ao cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde onde a RAPS ainda não se concretizou, logo, se dá prioridade na continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2017b).

Desta forma, da análise das principais legislações acerca da saúde mental, o que se percebe, à primeira vista, é uma tentativa de deixar para trás o controle exercido pelos hospitais psiquiátricos, denominados por Goffman como “Instituições Totais” (OLIVEIRA, 2012, p. 19), isto é, de deixar de lado a lógica do modelo biomédico reducionista. Neste sentido é que são instituídos os CAPS, a RAPS e os Serviços Residenciais Terapêuticos, por exemplo. Todavia, da análise minuciosa da referida legislação, percebe-se a dificuldade em se abandonar, de fato, o modelo asilar, haja vista que os hospitais psiquiátricos ainda se encontram ativos na RAPS. Tal fato não apenas “estimula os proprietários de hospitais psiquiátricos a manterem esses serviços abertos ao aumentar o incentivo do financiamento” (SARZANA, 2019, p. 25), como também, e principalmente, continua a propagar o modelo hospitalocêntrico. Nesta mesma lógica, por meio de uma retratação da realidade da RAPS no Município de Florianópolis, o tópico 2 (dois) do presente capítulo analisará, tomando por base o arcabouço legislativo exposto no presente tópico, se o direito à saúde mental está sendo efetivado no referido Município.

### 3.2. REALIDADE DA RAPS DE FLORIANÓPOLIS

Levando em conta que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, possui como principal objetivo “superar a fragmentação da atenção e da gestão, visando ao cuidado integral, territorial e longitudinal”, (TRAJANO,

2017, p. 42) evidencia-se, com base nos estudos selecionados na revisão integrativa realizada no capítulo anterior, a não efetivação do direito à saúde mental no Município de Florianópolis. Nesta seara, o trabalho de Cesar Ramos Oliveira, intitulado “*Dificuldades relacionadas à alta do CAPS encontradas por usuários com transtornos mentais frente ao novo modelo assistencial em saúde mental*”, publicado em 2012, tornou evidente a falta de compreensão do propósito do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) por parte não apenas dos usuários do mesmo, mas dos próprios profissionais que nele laboram, os quais, por consequência, também ainda apresentam dificuldades em entender o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde Mental. Assim, os usuários acabam se utilizando do CAPS como um centro de convivência e os profissionais acabam apresentando dificuldades na prescrição de alta para estes usuários.

Neste diapasão, as dificuldades da rede são sentidas e vivenciadas pelos profissionais, tendo um deles confessado que “[...] no momento a gente não consegue dar alta devido a rede né, nossa rede é bem falha, nós temos hoje 286 pacientes no CAPS, sendo que mais da metade estão estáveis [...]” (OLIVEIRA, 2012, p. 55) ainda, “não existe rede, a gente não tem o NASF estruturado... a gente tem as equipes do PSF, mas que também não são estruturadas” (OLIVEIRA, 2012, p. 63). Oliveira ainda trouxe à tona outros impasses relacionados ao funcionamento do CAPS e da Rede de Atenção Psicossocial em Florianópolis: a) falta de capacitação dos profissionais que atuam no âmbito da Saúde Mental; b) falta de profissionais, apesar de existirem normativas que deveriam garantir o número mínimo das equipes envolvidas na Rede de Atenção à Saúde Mental; c) falta de recursos para a realização do trabalho dos profissionais de saúde; d) falta de estrutura da rede e lentidão/demora em seus atendimentos, o que faz com que os usuários, após sair do CAPS, encontrem obstáculos para dar continuidade em seu tratamento; e) não há, apesar de existirem estratégias neste sentido, a capacitação dos familiares para lidarem com o sofrimento dos usuários do CAPS; f) falta de gestão na Rede de Atenção à Saúde Mental, o que acaba gerando estresse no profissional da saúde.

Assim, as várias barreiras que se apresentam em relação ao funcionamento da RAPS, acabam indo contra um dos princípios do SUS, a integralidade. Tal princípio se apresenta como “um 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” (cf. OLIVEIRA, 2012, p. 52), sendo que uma das questões que implica na ruptura desse princípio é justamente a formação dos profissionais que atuam na área da saúde mental, onde “[...] o padrão da formação dos profissionais subordinada às exigências do mercado de trabalho de recorte liberal, que valoriza o especialista e tende a formá-lo hegemonicamente com uma visão

estaque do usuário/paciente e desvinculada do funcionamento real do sistema” (cf. OLIVEIRA, 2012, p. 53) Da mesma forma, a ausência de equipe mínima se apresenta como um entrave ao correto funcionamento da rede e também acaba por romper com o princípio da integralidade, à medida que, se os usuários do CAPS não conseguem dar continuidade em seus tratamentos na rede básica, estes retornam ao CAPS, obstaculizando a lógica da rede e seu próprio processo de reinserção social.

Ainda, a falta de recursos para desempenho do trabalho faz com que o profissional adoça “por se comprometer com uma responsabilidade que não lhe é exclusiva, mas sim de toda rede” (OLIVEIRA, 2012, p. 57) e provoca o afastamento do atual modelo de assistência biopsicossocial. A ausência de capacitação das famílias em saber lidar com o sofrimento do usuário do CAPS, apesar de existirem estratégias nesse sentido, se mostra como sendo herança do antigo modelo biomédico, onde “o doente foi retirado da família e postulou-se que ele precisava ser cuidado por quem sabia cuidar e tinha o saber e a cura [...] e em local adequado e isolado, separado da família e da sociedade – o hospital” (cf. OLIVEIRA, 2012, p 60). Todavia, essa falta de capacitação familiar é algo extremamente prejudicial, à medida que, se o paciente, após receber alta, não consegue se reestruturar no ambiente familiar, ele pode acabar retornando para o CAPS ou sendo novamente internado. Por fim, destaca-se a baixa remuneração como um dos fatores que desencadeiam na fragilidade da RAPS, tendo restado expresso por um dos entrevistados que:

O que a gente está percebendo é que o município paga muito pouco. A gente perde nossos bons funcionários né, perdemos agora dois médicos para o outro município que paga o triplo daqui. Bons médicos estão se formando agora em psiquiatria e o outro município já contratou eles (OLIVEIRA, 2012, p. 63).

De outra banda, o trabalho de Raquel Valiente Frosi, sob o título “*Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis*”, publicado em 2013, constatou que, nada obstante Florianópolis ser reconhecida pelo “desempenho em algumas políticas públicas implantadas, em especial na atenção primária à saúde” (FROSI, 2013, p. 69) e também se apresentar como uma rede municipal inovadora pelo fato de se utilizar de “prontuário eletrônico do paciente, bastante articulado ao sistema gerencial, em que são registrados e acessados on line os atendimentos realizados na rede básica, nos CAPS, UPAs e Policlínicas” (FROSI, 2013, p. 70) se mostra como incompleta no que tange ao bom funcionamento da RAPS: possui um (1) CAPS II, dois (2) CAPS-Ad e um (1) CAPS-i, não havendo outros serviços de saúde mental como Serviço

Residencial Terapêutico, Centro de Convivência<sup>2</sup> e Cultura, além de que o atendimento de emergência e a internação em saúde mental ocorrem em um Hospital Psiquiátrico situado em uma cidade vizinha (FROSI, 2013, p. 70).

Neste sentido, foi possível evidenciar outras falhas e/ou incompletudes da RAPS do município:

- (i) equipes com uma população em torno de 3.350 pessoas, acima do recomendado pela Política Nacional de Atenção Básica, gerando, deste modo, uma sobrecarga de trabalho e a prestação de um serviço fora da qualidade recomendada. Neste sentido, explanou a autora que “a Portaria 2488/2011 recomendava média de 3.000 pessoas por equipe de ESF, e que a população atendida por cada equipe de ESF não deveria ultrapassar 4.000 pessoas”, havendo, também, recomendação no sentido de que houvesse “redução da população atendida de acordo com o grau de vulnerabilidade da população” (FROSI, 2013, p. 73);
- (ii) falta de profissionais e a rotatividade, o que acaba fazendo com que os profissionais permaneçam por pouco tempo nas equipes;
- (iii) nada obstante ter sido constatada a ocorrência de reuniões semanais em todas as equipes, a fim de promover uma maior organização do trabalho, percebeu-se que, de fato, em alguns dias as reuniões não ocorriam ou alguns temas importantes não eram levados até ela, fazendo com que se tratasse de um espaço precário;
- (iv) algumas equipes de enfermagem não chegavam a participar do processo de matriciamento em razão de não sentirem segurança em atuarem no campo da saúde mental, atuando nesse meio apenas quando ausente a figura do médico;
- (v) acompanhamento em saúde mental focado nos profissionais da medicina (com atuação dos enfermeiros praticamente restrita ao acolhimento), podendo ser consequência da centralidade dada à intervenção medicamentosa.

Neste sentido, a autora aponta que:

Incrementar a atuação dos enfermeiros, certamente dentro do paradigma da atenção psicossocial, coloca-se como um desafio necessário, aqui justificado tanto pelo fato

---

<sup>2</sup> Acerca dos Centros de Convivência, tem-se que “os Centros de Convivência e Cultura são regulamentados por duas portarias. Segundo a Portaria Nº 396 em 07 de julho de 2005 os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade (BRASIL, 2005). Também com base na Portaria Nº 3088 em 23 Dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Centro de Convivência tem como público alvo, em especial, pacientes com transtorno mental que compõe à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) sendo aberto a população em geral” (cf. BRAGANÇA, 2015, p. 11).

de que estes profissionais tendem a ficar mais tempo nos serviços, conforme achados deste estudo, quanto devido ao fato de serem também referências fundamentais na reorientação do trabalho dos técnicos de enfermagem (FROSI, 2013, p. 119).

Ainda, necessário ressaltar que este cenário vai totalmente contra um dos princípios basilares da atenção psicossocial: “a diretriz de ser dado papel de destaque a intervenções fora do eixo *psi*” (cf. FROSI, 2013, p. 120);

- (vi) falta de plano terapêutico explícito, mesmo em casos em que houve a realização de matriciamento, o que pode retratar “tanto a falta de utilização desta ferramenta, quanto a dificuldade em registrar o processo de Atenção e seu planejamento” (FROSI, 2013, p. 86).
- (vii) ausência de formação dos profissionais na área de saúde mental, tendo como foco questões como acolher, abordar e orientar, sendo que restou constatado que a última capacitação realizada ocorreu quando a maioria dos profissionais ainda não estavam na rede, além de ter tido como foco a medicação;
- (viii) demasiada importância à intervenção farmacológica, sendo colocada muitas vezes de maneira “dissociada de outras intervenções ou subordinando-as” (FROSI, 2013, p. 88), sendo que “foram identificadas poucas estratégias para evitar medicamentação de casos mais leves e propiciar o rompimento da exclusão de casos mais graves” (FROSI, 2013, p. 134)

Neste diapasão, expressa a autora:

Observou-se que muitas vezes as condutas medicamentosas não foram desenhadas de forma articulada a um plano de Atenção, inclusive a avaliação frequente do próprio prescritor, *deixando todo o efeito da terapêutica a cargo do próprio remédio*. Esta centralidade nos fármacos também foi evidente nos registros dos profissionais, em que o processo de ajuste da terapia farmacológica parece restringir-se a questões sintomáticas e efeitos colaterais, *dissociado de uma escuta*. Neste sentido, identifica-se nas sequências de conduta farmacológica nos prontuários a *introdução ou aumento de dose de medicamentos sem uma construção argumentativa* naquele caso, ou sem ponderação de outras ofertas terapêuticas induzidas de forma efetiva. (FROSI, 2013, p. 88-89).

Ainda, a troca ou ausência do profissional de referência e o alargamento dos intervalos entre as reavaliações pelo profissional<sup>3</sup> fazem com que haja elevada renovação de receitas sem ser acompanhada do devido processo de escuta ou mesmo a renovação da medicação de forma não presencial;

---

<sup>3</sup> Aponta a autora que em relação aos psicotrópicos, conforme rege a legislação nacional, tem-se que o intervalo para reavaliação de usuários é de no máximo 60 dias, diferentemente para outros medicamentos, em que é possível indicar avaliações a cada seis (6) meses (FROSI, 2013, p. 53).

- (ix) apesar de serem realizados atendimentos de grupo e atendimento individual com psicóloga (o), constatou-se que, em relação ao último, nem sempre conseguem ser efetivados, seja pela equipe não possuir psicóloga (o) na unidade, seja por não contar com oferta de atendimento sistemático quando necessário, fazendo com que haja encaminhamento para realização de psicoterapia em outra instituição, por exemplo, em ONG ou Escolas de Formação;
- (x) nada obstante algumas equipes entrevistadas ofertarem grupo de artesanato e de caminhada (atividade física), os encaminhamentos não haviam sido feitos como parte da abordagem em saúde mental. Explana Frosi que:

A profissional Tina, por exemplo, referiu que costuma encaminhar usuários, em especial idosos, para grupos na comunidade, mas pontuou que apesar da socialização, em geral o faz com o objetivo clínico orgânico. O mesmo processo foi identificado no caso da usuária Armênia. Esta se debatia com sintomas de ansiedade que lhe faziam comer muito, e teve a caminhada prescrita por conta do colesterol, sem que fosse feita uma correlação desta atividade como estratégia para enfrentamento da ansiedade (FROSI, 2013, p. 102).

Assim, tal fato revela uma não compreensão e falta de capacitação em relação ao funcionamento da RAPS e ao próprio direito à saúde mental e suas nuances. Neste mesmo sentido, também relatou a autora que, apesar de algumas das equipes entrevistadas se utilizarem de práticas integrativas e complementares como sendo parte do plano de Atenção à saúde mental (por exemplo, a acupuntura era utilizada em casos de depressão ou ansiedade, bem como o uso de auriculoterapia), haviam profissionais que, mesmo estando em equipes que realizam estas práticas especificamente para a Atenção em saúde mental, não as reconheciam diretamente como parte destas abordagens.

Por fim, o trabalho de Mariana Peres Trajano, intitulado “*O cuidado em saúde mental: limites e possibilidades da rede de atenção psicossocial*”, publicado em 2017, evidenciou que a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis elaborou um protocolo de atenção em saúde mental com o intuito de “delinear o fluxo da rede de atenção psicossocial, assim como os recursos terapêuticos disponibilizados na rede” (TRAJANO, 2017, p. 44) referido protocolo, com base na Portaria 3.088 e em sua ideia de que “a Raps deve ser estruturada com o fluxo contínuo de cuidado, promovendo a atuação dos profissionais no território, uma vez que estão próximos das famílias e das comunidades” (cf. TRAJANO, 2017, p. 44-45) aderiu ao modelo de atenção primária com base nas equipes de estratégia de saúde da família (ESF), justamente pelo fato de essas equipes serem a porta de entrada para o atual sistema integrado de saúde. Neste sentido, as equipes de saúde da família, localizadas nos centros de saúde (CS), por meio

do uso do apoio matricial, contam com o auxílio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os quais, sendo constituídos por profissionais especializados em saúde mental (psiquiatras e psicólogos), atuam em conjunto com os primeiros em relação aos casos de saúde mental.

A rede do referido município conta também com 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um Caps infantil, um Caps II (para adultos) e dois Caps direcionados a sujeitos com abuso ou dependência de álcool e outras drogas (continente e ilha). Todavia, não possui leitos de internação psiquiátrica em hospitais gerais, tampouco Caps III, dispositivo de referência 24h, preconizado pela Portaria 3.088 do Ministério da Saúde em 2011. Deste modo, expressa a autora:

Não disponibilizar Caps III é somente uma ilustração da realidade do cuidado no município de Florianópolis. Se não há Caps III, leitos em hospitais gerais, centros de convivência, serviços residenciais terapêuticos, etc., como esperar que os profissionais de saúde atuem seguindo uma lógica de cuidado menos medicalizante, mais integradora, intersetorial, de acordo com uma compreensão psicossocial? (TRAJANO, 2017, p. 102).

Ainda, da análise pormenorizada do trabalho de Trajano foi possível constatar falhas/rupturas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município<sup>4</sup> *in casu*:

- (i) *a ausência de estrutura* para a efetivação do atual modelo psicossocial não apenas reflete a existência de uma imensa lacuna entre “o que está presente no discurso da academia e das leis, assim como dos militantes das lutas antimanicomiais e sanitárias e o que acontece no cotidiano dos serviços de saúde mental” (TRAJANO, 2017, p. 74) como também expressa a impotência sentida pelos profissionais que atuam na área da saúde mental. Neste sentido, um dos profissionais entrevistados pela autora confessou que:

[...] você lida muito com frustração, com frustração o tempo inteiro, né. E no final das contas o maior prejudicado é o usuário, porque o cuidado dele acaba ficando inadequado, insuficiente, *you see, you perceive that you could be offering various alternatives, in various points, various devices of the RAPS that the municipality of Florianópolis does not have* [...] (TRAJANO, 2017, p. 74, grifo nosso).

Ainda:

[...] *there is not a complete network implemented in Florianópolis, né, the people do not have residential therapeutic, the people have very few CAPS, it is a CAPS II only for one*

---

<sup>4</sup> Foram realizadas entrevistas com os profissionais do Nasf de Florianópolis, com a Gerência de Caps, com a Gerência de Atenção Básica e a Gerência Nasf do município.

município inteiro e a gente sabe que questões de saúde mental elas tão aparecendo muito (...) (TRAJANO, 2017, p. 77-78).

A respeito da falta de estrutura física:

*Tem a questão do espaço físico como dificuldade, a gente não tem sala, não tem recurso, não tem um computador, um telefone, que seja, pra gente conseguir fazer algumas coisas que o nosso trabalho exige, né. A gente não tem carro à disposição pra conseguir fazer as visitas, pra conseguir ir pro território, pra conseguir pensar em ações mais amplas (TRAJANO, 2017, p. 105, grifo nosso).*

Assim, a falta de estrutura adequada gera o cansaço e desânimo dos profissionais, bem como um maior número de encaminhamentos, acarretando numa ruptura da rede;

- (ii) a ausência de estrutura básica na rede, a qual acaba por dificultar o questionamento dos profissionais e da sociedade quanto a importância do atual modelo psicossocial, tem como consequência a *dificuldade em se mudar centralidades e formas de trabalho já institucionalizadas no serviço*. Assim, se um profissional possui o desejo de aprimoramento da RAPS, pode ocorrer o risco de se deparar com uma barreira: a herança de uma estrutura biomédica já institucionalizada.

Nesta seara, colhe-se de alguns depoimentos colacionados ao trabalho de Trajano:

*Quando você começa a passar o tempo e vê que nada muda você também vai revendo sua ideia de ficar falando, além de não resolver ainda corre o risco da pessoa criar implicância contigo e achar que você. E aí você vai deixando de..., não tem aquela coisa, cansado e tal. É difícil mudar uma estrutura.*

*E acabou que também a gente recebe uma herança, né. Você entra na gestão e você já tem uma estrutura formada e você vai seguindo aquela estrutura e o debate que é construído. (TRAJANO, 2017, p. 75, grifo nosso).*

Ainda:

[...] preconiza um sistema integrado, mas a gente acaba não trabalhando dessa forma, sabe. Então eu acredito que é bem difícil pra gente né, *esse entendimento que a gente chega com uma visão, querendo fazer, colocar aquela visão em prática sabe e a gente acaba não conseguindo por conta de como o sistema tá organizado* (TRAJANO, 2017, p. 82, grifo nosso).

- (iii) a *influência da política (gestão) nos serviços de saúde* também se mostrou como um fator influenciador na desestabilização da rede. Neste sentido:

O que eu vejo muitas vezes é que o NASF veio com uma proposta, mas a gestão não acha que essa proposta funciona. Então eles preferem, né, agora a gente tava ouvindo discussões de tirar psiquiatria e psicologia do NASF, de colocar na policlínica e fazer o acesso regulado através do sistema de marcação de consultas pra que elas ampliem o número de atendimentos que elas fazem. E aí vem pra unidade de saúde uma vez por mês pra ter contato com as equipes, sei lá. Então assim às vezes o próprio gestor

não consegue entender esse modelo, de que não é essa que é a ideia e eles querem só pensar em produção, em acesso. Então isso também dificulta um pouco a gente conseguir trabalhar ampliando olhares e mudando um pouco a realidade, tirando um pouco o foco da questão do médico-centrado, inserindo outras profissões. Às vezes é difícil por conta da própria gestão (TRAJANO, 2017, p. 78).

Essa influência política se dá também e, centralmente, em relação às eleições regionais de prefeitos e vereadores, ao passo que estes se encontram à frente da organização e efetivação do cuidado em saúde mental oferecido no município. A autora explana que no momento em que se realizou a coleta de dados do presente trabalho, em outubro de 2016, coincidiu justamente com a época das eleições regionais, onde “foi possível acompanhar de perto a angústia dos profissionais e gestores entrevistados; muitos questionamentos, dúvidas e inquietações com o impacto das eleições nos serviços públicos permearam as entrevistas e as reuniões distritais de saúde mental” (TRAJANO, 2017, p.66).

- (iv) *ego profissional*, decorrente da “dificuldade dos profissionais em compartilhar o cuidado e em aceitar que existam outros tipos de cuidado além dos que aprenderam durante a sua formação” (TRAJANO, 2017, p. 82-83), faz com o cuidado seja realizado de forma individualizada, não havendo, portanto, uma “rede” propriamente dita, haja vista que a rede deve ser composta por diferentes atores, todos trabalhando em conjunto e com o objetivo de efetivar o direito à saúde. Assim, um dos profissionais entrevistados revela que:

*A dificuldade mais crítica é os conflitos entre os próprios profissionais. Às vezes da mesma categoria profissional, às vezes de categorias profissionais diferentes, às vezes níveis de atenção da rede diferentes. Mas esse conflito, de o que é melhor pro cuidado do sujeito. E aí o meu trabalho é interferir tentando pensar para além do ego, ou da formação profissional, ou do tempo, do século que você vive (risos). O que quê é melhor para aquele sujeito em questão. (TRAJANO, 2017, p. 83, grifei).*

Deste modo, quando colocado o ego profissional à frente dos objetivos e visões da rede, o que se tem é o distanciamento entre os profissionais e a ausência de compartilhamento de saberes;

- (v) *a sobrecarga de trabalho*, consequência da ausência de equipe mínima e da falta de estrutura da rede, faz com que os profissionais sejam cobrados por um serviço que não condiz com a realidade que lhes são impostas, fazendo, assim, com que a ideia de “clínica ampliada” não chegue a se efetivar. Neste diapasão:

[...] sem pensar na qualidade mesmo do serviço, e sim na quantidade do atendimento. Eu entendo o NASF dessa forma. Eles querem sim que a gente esteja numa sala fechada e atendendo. Então essas interconsultas, esse trabalho mais multi, esse

matriciamento, eu não vejo como tão interessante pra gestão (TRAJANO, 2017, p. 89).

Observou-se, ainda, que a cobrança por produtividade se aparta tanto da ideia de clínica ampliada que há até uma premiação para o profissional que realiza o maior número de atendimentos:

Houve uma premiação, os profissionais elegeram o TOP mais do NASF, o melhor profissional do NASF; *houve uma eleição e recebeu prêmio o médico que atendeu mais gente no período recebeu um prêmio, a enfermeira que atendeu mais gente no período recebeu um prêmio.* Tava a diretoria da atenção básica, não sei mais quem, não sei mais quem, todos elegantes, as mulheres maquiadas, de vestido longo, não sei o que, pra ganhar uma plaquinha, um diploma, uma caneca, o prêmio né. Que atendeu mais gente. *Então você vê o quanto vai na contramão de tudo isso que a gente tá falando.* [...] Então assim, *totalmente na contramão.* Mas o problema é que isso soa bem. Em quem faz em cima e quem faz embaixo, é aquela ideia do paternalismo. O cara espera isso. O cara deve imaginar “estou sendo reconhecido (TRAJANO, 2017, p. 89, grifei).

Destarte, é gritante como a cobrança por produtividade rompe totalmente com a ideia de uma rede de atenção psicossocial, reafirmando a “antiga” estrutura de saúde pautada num modelo biomédico reducionista.

Assim, levando em conta as informações coletadas dos trabalhos ora descritos, percebe-se claramente como o fato de Florianópolis ter elaborado um protocolo de atenção em saúde mental centrado na atenção primária ou mesmo o fato de ser reconhecido pelo desempenho em algumas políticas públicas implantadas, não faz com que haja, de fato, uma efetiva estruturação e funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial - importante e inovador sistema que procura oferecer um tratamento digno em saúde mental - no município.

Nesta seara, deve-se ter em mente que apenas sair do ambiente hospitalar (desospitalização) não é o suficiente, é preciso que ocorra também a desinstitucionalização, ou seja, é preciso “superar as condições relacionadas à dependência institucional e a lógica da proteção e contenção que a instituição apresenta” (cf. SARZANA, 2019, p. 21). Desta forma, o fato de não haver CAPS III em Florianópolis, assim como o fato de não haver uma correta compreensão do funcionamento da rede, o que acaba por gerar uma dificuldade na prescrição de alta ou até mesmo a centralidade no uso dos fármacos, faz com que ainda hoje os usuários do sistema de saúde mental permaneçam, de certa forma, presos em uma espécie de ambiente asilar, porém, desta vez, “invisível” aos olhos ou, pelo menos, aos olhos de muitos.

Nesta mesma senda, tem-se que o CAPS III, o qual possui atendimento diurno e noturno durante os sete dias da semana, assim como nos feriados, e é voltado ao atendimento da população com transtornos mentais severos, deve estar presente em áreas onde a população

ultrapasse os 150.000 habitantes. Destarte, o município de Florianópolis poderia ter pelo menos três destes dispositivos para dar conta da população, levando em conta que no ano de 2020 a população era de aproximadamente 508.826 pessoas (IBGE, 2021). Todavia, como bem ressaltou Trajano em seu trabalho, “o município opta por financiar internações nos dois hospitais psiquiátricos da região, ao invés de introduzir uma nova lógica de cuidado em saúde mental” (TRAJANO, 2017, p. 102).

Portanto, levando em conta que o CAPS, após a reforma psiquiátrica, se tornou o principal serviço de substituição ao modelo manicomial e que este deveria ser visto como um “serviço inovador” e não apenas como um serviço novo, conforme preconiza Amarante (cf. OLIVEIRA, 2012, p. 28)<sup>5</sup>, o fato de o município em questão não contar com os CAPS necessários provoca mais que uma simples ruptura na rede, acaba por desestabilizá-la e reafirmar o modelo asilar.

Por sua vez, o "*matriciamento*" ou "*apoio matricial*", instrumento importantíssimo no processo de construção e transformação da assistência em saúde mental (OLIVEIRA, 2012, p.47), apresenta diversas utilidades: a) serve “como uma estratégia de educação permanente com vistas à ampliação da clínica destas equipes generalistas, objetivo final que tem sido alcançado em diversos locais de implantação (cf. FROSI, 2013, p. 35); b) age como um fator que efetiva o princípio do SUS da integralidade, sendo o referido princípio “um 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” (cf. OLIVEIRA, 2012, p. 52); c) favorece e estimula “(...) a comunicação entre as equipes, através da troca de experiências, o que amplia o reconhecimento das atividades de cada serviço e o acesso ao cuidado territorial” (cf. SARZANA, 2019, p. 30); d) se apresenta como “uma estratégia importante para efetivar e amenizar os problemas da articulação entre os serviços é a prática do matriciamento” (cf. SARZANA, 2019, p. 62).

Neste sentido, RÉZIO (apud TRAJANO, 2017) afirma:

Os serviços de atenção à saúde, isoladamente, não são capazes de construir mudanças significativas, pelo fato da necessidade de articulação em rede. Por isso, são necessárias práticas articuladas entre diferentes saberes e níveis de complexidade na produção do cuidado, para que se potencialize e operacionalize a integralidade da atenção, que é necessária para auxiliar na construção de novos rumos para o campo da atenção psicossocial (apud TRAJANO, 2017, p. 39-40).

---

<sup>5</sup> Neste sentido, elucida Amarante que “assim, por exemplo, um centro de atenção psicossocial não deveria ser apenas um serviço novo, mas um “serviço inovador”; isto é, espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com a loucura, o sofrimento psíquico, a experiência diversa; para a construção de novos conceitos, de novas formas de vida, de invenção de vida e saúde” (cf. OLIVEIRA, 2012, p. 28).

Assim, a prática do apoio matricial se mostra como sendo de grande valia na articulação da RAPS, todavia, a ausência de equipe mínima, a falta de qualificação dos profissionais, o foco apenas no papel do profissional da medicina e da psicologia (os chamados “*psis*”), o ego profissional, os “prêmios” que são dados aos profissionais que apresentam o “maior rendimento”, o não compartilhamento de saberes e experiências entre os profissionais, tudo isso contribui para a ausência da prática do matriciamento ou para um matriciamento falho, incompleto, pondo em risco não apenas o funcionamento da rede proposta, como prejudicando os usuários dos serviços de saúde mental e os próprios profissionais atuantes neste meio, os quais acabam se vendo diante de uma enorme demanda de trabalho, trabalho este que deveria acontecer por meio de uma rede.

De outra banda, no que tange à influência da política na prática da saúde mental, tem-se não apenas que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2021) acentua a “importância de que os governos aprimorem cada vez mais suas políticas de saúde pública, priorizando a promoção da Saúde Mental com a prevenção e suporte adequados aos sujeitos com sofrimento psíquico, quanto ao tratamento e a reabilitação psicossocial” (cf. OLIVEIRA, 2012, p. 9), como que as políticas públicas no Brasil devem operar sob três esferas: União, Estados e Municípios (OLIVEIRA, 2012), cabendo aos municípios a “formulação e implantação de políticas públicas de atenção às pessoas com transtornos mentais” (cf. OLIVEIRA, 2012, p.64), de modo que se não há uma correta gestão da rede municipal, possivelmente não haverá uma verdadeira efetivação da RAPS, sendo a mesma um “espelho” da gestão municipal.

No caso do município de Florianópolis, pode-se evidenciar, tomando por base o relatado nos três trabalhos analisados *in casu*, que parece não haver uma correta gestão da rede municipal em relação ao cuidado em saúde mental. No trabalho de Mariana Peres Trajano, por exemplo, a autora expressa que a ausência de CAPS III, de leitos em hospitais gerais, de centros de convivência e de serviços residenciais terapêuticos faz com que fique “clara a necessidade de mais medicamentos para conter os surtos psicóticos ou as crises de ansiedade e depressão de uma população inteira” (TRAJANO, 2017, p. 102), sendo que “é impossível estabelecer um cuidado condizente com uma compreensão psicossocial onde o município não fornece elementos de reforma psiquiátrica no cuidado a pacientes mais graves” (TRAJANO, 2017, p. 102).

Ainda, colhe-se de um dos relatos expressos no trabalho da autora:

*Não tem como dá certo a reforma psiquiátrica, assim; não é por má vontade da gente da rede, não é por desconhecimento epistemológico da proposta, é porque em prática: o que fazer? Assim, o município podia ter seguido outro caminho e ampliado uma série de possibilidades no território, de cuidado comunitário. Daí sim, eu poderia tá falando: Ah, a reforma psiquiátrica deu certo porque está trabalhando numa outra lógica, mas não. (TRAJANO, 2017, p. 102-103, grifo nosso)*

Deste modo, a fim de analisar como ocorre a organização e planejamento da atenção à saúde mental no município de Florianópolis - já que dos trabalhos analisados percebeu-se uma aparente falha na gestão municipal neste sentido - procedeu-se à uma análise dos 3 (três) últimos Planos Municipais de Saúde (PMS) do Município, sendo o primeiro dos três elaborado em novembro de 2010, quase um ano antes de ser instituída a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, nos termos da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Os planos de saúde, nos termos do art. 36, §1º da Lei nº 8.080/90 (“Lei do SUS”), “serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária” (BRASIL, 2021b).

Assim, o PMS de 2011-2014 apresentou como sendo alguns de seus objetivos: “promover a integração interinstitucional na execução de políticas de saúde” (BRASIL, 2021<sup>a</sup>, p. 33); “fortalecer o trabalho em rede na Secretaria Municipal de Saúde”, “firmando a ESF como ordenadora do sistema e realizando sua melhoria continuada” (BRASIL, 2021a, p. 37); “reconhecer o trabalhador do SUS como principal agente de garantia da qualidade do serviço de saúde” (BRASIL, 2021a, p. 49). Todavia, não expressando nenhuma meta, diretriz, objetivo ou dado em relação ao direito à saúde mental, talvez pelo fato de ter sido elaborado antes da criação da RAPS e de ainda não haver a concretização de um olhar mais “humano” para com este direito.

O PMS de 2014-2017, por sua vez, apresentou como sendo “ameaças”:

- *Significativa evasão de profissionais da SMS para diversas redes públicas e privadas de saúde, em função da perda progressiva dos valores salariais e da pouca flexibilidade da carga horária exigida, o que determina comprometimento da qualidade e do acesso aos serviços de saúde. Além disso, o preenchimento de vagas através da contratação de novos trabalhadores é limitado pelo valor máximo a ser gasto com folha de pagamento de pessoal previsto na lei 101/2000 (BRASIL, 2021a, p. 9, grifo nosso);*

- Pouca participação da Secretaria de Estado da Saúde no financiamento da saúde do município (BRASIL, 2021a, p. 10);

- Necessidade de constante aperfeiçoamento do corpo técnico para lidar com as inovações necessárias (BRASIL, 2021a, p. 10).

Expressou, ainda, que:

A Secretaria Municipal de Saúde não possui uma cultura consolidada de planejamento e gestão com otimização de recursos. Assim, como seus processos chave não estão desenhados e acompanhados sistematicamente. A maioria dos serviços não segue as etapas de melhoria continuada - planejamento, execução, avaliação e ajuste (PDCA) (BRASIL, 2021a, p. 15)

Apresentou, por fim, como sendo parte dos “objetivos, indicadores e metas”: “manter equipes de saúde completas e com população adscrita em proporção adequada” (BRASIL, 2021a, p. 22); “efetivar a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde, com captação de recursos específicos, transparência e divulgação das ações desenvolvidas” (BRASIL, 2021a, p. 25). Igualmente ao PMS de 2011-2014, o plano in casu não abordou especificamente acerca da atenção em saúde mental ou mesmo da RAPS, apesar de ter sido elaborado após a criação desta.

De outra banda, o PMS de 2018-2021, elaborado no ano de 2017, apresentou dentro da “situação de saúde do Município” o fato de que “Florianópolis tem seu modelo assistencial centrado na Atenção Primária e conta com uma *cobertura de equipes de saúde da família de 115,44%, a maior dentre as capitais do país*” (BRASIL, 2021a, p. 9). Elencou como sendo parte das “diretrizes, objetivos e metas”:

- OBJETIVO GERAL: Criar instrumentos de incentivo para longitudinalidade do cuidado BRASIL, 2021a, p. 40):

Objetivos Específicos	Metas	Indicadores	Área Responsável
<b>11.1 Estimular a permanência dos profissionais na mesma equipe de saúde privilegiando os locais de difícil provimento</b>	<p><b>2018:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir estratégias de reconhecimento das equipes e profissionais com mais tempo dedicado à mesma população;</li> <li>- Implantar medidas de incentivo aos profissionais que permanecerem numa mesma equipe conforme avaliação de desempenho</li> </ul> <p><b>2019:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecer critérios para mudança de lotação, considerando critérios de experiência e formação profissional;</li> <li>- Adequar a legislação municipal referente às regras de mudança de lotação</li> </ul> <p><b>2020:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicar legislação municipal das regras de mudança de lotação</li> </ul>	<p>Medidas de incentivo</p> <p>Critérios para mudança de lotação</p>	Diretoria de Atenção à Saúde

Figura 3: Plano Municipal de Saúde 2018-2021

- OBJETIVO GERAL: Qualificar a assistência à saúde prestada à população com ordenação e segundo os atributos da APS (BRASIL, 2021a, p. 40).

<b>12.2 Qualificar a assistência de saúde mental na rede municipal de saúde</b>	<p><b>2018:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar 100% dos profissionais dos serviços municipais da RUE (UPA e SAMU) para atendimento às emergências em saúde mental</li> </ul> <p><b>2019:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar 100% dos profissionais dos serviços especializados (CAPS) para atuar em transtornos mentais graves</li> </ul> <p><b>2020:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar 50% das equipes de saúde da família para atender as situações de saúde mental mais prevalentes nesse nível de atenção;</li> <li>- Implantar apoio locorregional às ESF por profissionais da própria APS com formação específica (GP com interesse especial)</li> </ul> <p><b>2021:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar 100% das equipes de saúde da família para atender as situações de saúde mental mais prevalentes naquele nível de atenção</li> </ul>	<p>% de profissionais dos serviços municipais da RUE (UPA e SAMU) capacitados para atendimento às emergências em saúde mental</p> <p>% de profissionais dos serviços especializados (CAPS) capacitados para atuar em transtornos mentais graves</p> <p>% das equipes de saúde da família capacitadas para atender as situações de saúde mental mais prevalentes nesse nível de atenção</p> <p>Apoio locorregional em Saúde Mental</p>	Diretoria de Atenção à Saúde
---	--	---	------------------------------

**Figura 4: Plano Municipal de Saúde 2018-2021**

<p><b>12.6 Qualificar os serviços que prestam apoio matricial na rede de atenção à saúde</b></p>	<p><b>2018:</b>                      -Normalizar a oferta de apoio matricial entre APS e AE;                      -Implantar apoio matricial em atenção psicossocial pelos CAPS;                      -Publicar carteira de serviços do NASF</p> <p><b>2019:</b>                      -Apoio matricial à APS oferecido por 70% das especialidades próprias ;                      -Implantar medidas de incentivo para os apoiadores de acordo com o perfil quantitativo e qualitativo das ações executadas;                      - Implantar Carteirômetro do NASF</p> <p><b>2020:</b>                      -Implementar ferramentas eletrônicas em prontuário e aplicativos de celular para apoio matricial não presencial</p> <p><b>2021:</b>                      -Normalizar apoio matricial de urgência e emergência pelas UPAS</p>	<p>Nº ações matriciais em atenção psicossocial pelos CAPS</p> <p>Carteira de serviços do NASF</p> <p>% de especialidades de oferta própria realizando apoio matricial à APS</p> <p>% NASFs que oferecem os serviços considerados adequados previstos no respectivo Carteirômetro</p> <p>Ferramenta eletrônica em prontuário para apoio matricial não presencial</p> <p>Aplicativo de celular para apoio matricial não presencial</p> <p>Normas para oferta de apoio matricial de urgência e emergência pelas UPAS</p>	<p>Diretoria de Atenção à Saúde</p>
--	---	---	-------------------------------------

**Figura 5: Plano Municipal de Saúde 2018-2021**

<p><b>12.10 Ampliar a oferta de práticas integrativas e complementares (PIC) na atenção primária</b></p>	<p><b>2018:</b>                      - Ampliar o número de CS com hortas medicinais de 50% para 70%</p> <p><b>2019:</b>                      - Ampliar a oferta de acupuntura e auriculoterapia para 50% dos CS</p> <p><b>2020:</b>                      - Sensibilizar 100% dos CS para a adesão à Política de PICs</p> <p><b>2021:</b>                      - Ofertar no mínimo 1 PIC em 100% dos CS</p>	<p>% de CS com hortas medicinais</p> <p>% de CS que ofertam acupuntura e auriculoterapia</p> <p>% de CS que ofertam no mínimo 1 PIC</p>	<p>Diretoria de Atenção à Saúde</p>
--	--	---	-------------------------------------

**Figura 6: Plano Municipal de Saúde 2018-2021**

Destarte, enquanto o PMS de 2011-2014 nem sequer cita o direito à saúde mental, transparecendo como sendo um plano mais “generalista” em relação às metas e objetivos, o PMS de 2014-2017, nada obstante ter trazido à tona a realidade retratada nos trabalhos analisados neste capítulo (evasão dos profissionais da saúde em razão dos baixos salários; necessidade de constante aperfeiçoamento dos profissionais; ausência de cultura de planejamento e gestão de recursos por parte da Secretaria Municipal de Saúde), também não se propôs a elencar nenhuma meta no sentido do aperfeiçoamento do direito à saúde mental no município, frisa-se, mesmo tendo sido elaborado após a criação da RAPS. Neste sentido, pelo fato de um dos trabalhos analisados neste capítulo ter sido publicado em 2017, com pesquisas de campo referentes ao ano de 2016 (condizente com o ano de vigência do Plano de 2014-2017), é possível perceber que, muito provavelmente, a ausência de um Plano voltado à efetivação do direito à saúde mental teve sérios reflexos no funcionamento da RAPS.

Já o Plano de 2018-2021, trouxe como sendo parte das metas a qualificação da assistência em saúde mental na rede municipal de saúde, a qualificação dos serviços que prestam apoio matricial na rede de atenção à saúde e a ampliação da oferta de práticas integrativas e complementares (PIC) na atenção primária, todavia, não sendo possível, infelizmente, fazer uma analogia entre tais metas e informações de campo, em razão da escassa publicação de trabalhos científicos que retratassem o funcionamento da RAPS no município de Florianópolis. Assim, levando em conta que os trabalhos analisados neste capítulo datam (ano de publicação) de 2012, 2013 e 2017, deixa-se de entrar à fundo na análise e/ou tecer críticas ao Plano de Saúde Municipal de 2018-2021.

Todavia, em relação à falta de qualificação e aperfeiçoamento dos profissionais que atuam no âmbito da saúde mental; retratado como sendo uma falha da RAPS nos trabalhos analisados, como sendo uma “ameaça” no Plano de Saúde de 2014-2017 e como sendo um dos “objetivos gerais” no Plano de Saúde de 2018-2021; tem-se que se trata de um fator determinante para a efetivação do direito à saúde mental na RAPS. Isto, pois, a ausência de qualificação, a qual cria diferentes concepções e visões do que seria “saúde mental”, faz com que ou os profissionais promovam o “cuidado integral e complexo de acordo com as novas concepções científicas” (TRAJANO, 2017, p. 35) ou efetivem o cuidado pautado numa concepção positivista, “promovendo a neutralidade do profissional, reduzindo o sujeito a diagnósticos e fármacos”. (TRAJANO, 2017, p. 35)

Destarte, levando em conta que “o processo de cuidado em saúde se dá a partir do encontro do profissional e do usuário do serviço de saúde” (TRAJANO, 2017, p. 37), a qualificação profissional se mostra como sendo uma das bases do efetivo funcionamento da RAPS. Mas, ressalta-se, não se trata apenas da necessidade de uma formação afastada de uma “epistemologia medicocentrada e institucionalizadora” (TRAJANO, 2017, p. 53), - e aqui leia-se “formação” no sentido de promover a educação dos profissionais da área da saúde ainda enquanto estudantes, em seus cursos<sup>6</sup> - mas também de qualificação contínua, levando em conta que os profissionais são “como atores da desinstitucionalização da saúde mental” (TRAJANO, 2017, p. 86).

Nesta senda, elucida SARZANA:

Salienta-se que para além da qualificação, é importante também a supervisão e o acompanhamento dos trabalhadores que atuam em saúde mental, principalmente pensando-se no suporte que este profissional precisa ter, haja vista o desgaste que muitos enfrentam ao lidar com os problemas de saúde mental. (cf. SARZANA, 2019, p. 32).

Assim, da análise pormenorizada dos três trabalhos selecionados na revisão integrativa realizada no capítulo anterior (“*Dificuldades relacionadas à alta do CAPS encontradas por usuários com transtornos mentais frente ao novo modelo assistencial em saúde mental*”; “*Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis*” e “*O cuidado em saúde mental: limites e possibilidades da rede de atenção psicossocial*”) e da leitura dos 3 (três) últimos Planos

---

<sup>6</sup> Expressa Trajano: “Não foi superada a lógica tradicional de cuidado, uma vez que as formações profissionais são construídas e alinhadas com esta lógica, seja nas entrelinhas, nos estágios, na escolha do professor, na postura política e social dos cursos de graduação” (TRAJANO, 2017, p. 103)

Municipais de Saúde do município de Florianópolis, foi possível constatar diversas falhas e rupturas no funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do referido município. Nada obstante, não se trata de um caso isolado, ou seja, não é apenas o município de Florianópolis que se mostra com falhas na rede, tendo sido achados diversos trabalhos no sentido de melhora da RAPS, necessidade de aperfeiçoamento, incentivo à prática do matriciamento - (CHIAVERINE et al. 2012; ALBUQUERQUE, DIAS, 2012); (TESSER, TEIXEIRA, 2011; NUNES, JUCÁ, VALENTIM, 2007) (FROSI, 2013), (SARZANA, 2019) - dentre outros temas que se revelaram como buscas pela melhora da rede.

Neste diapasão, constatada a ausência de efetivação da RAPS no município de Florianópolis, resta constatada, por corolário lógico, a não concretização do direito à saúde e do direito à saúde mental no município. À vista disso, a saúde, como sendo “direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988) não pode ser percebida apenas como *o direito à saúde*, mas também como *o direito à proteção e à promoção da saúde* (SARLET; FIGUEIREDO, 2002, p. 8) no sentido de que “a Constituição de 1988 alinhou-se à concepção mais abrangente do direito à saúde, conforme propugna a OMS, que ademais de uma noção eminentemente curativa, compreende as dimensões preventiva e promocional na tutela jusfundamental” (SARLET; FIGUEIREDO, 2002, p. 8).

E, como expressão de uma concepção mais abrangente do direito à saúde, tem-se que o artigo 196 do texto Constitucional afirma que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988) de modo que o termo “*recuperação*” se refere à uma concepção de “saúde curativa”, isto é, “à garantia de acesso, pelos indivíduos, aos meios que lhes possam trazer a cura da doença, ou pelo menos uma sensível melhora na qualidade de vida” (SARLET; FIGUEIREDO, 2002, p. 8), ao passo que os termos “*redução do risco de doença*” e “*proteção*” dizem respeito à uma ideia de “saúde preventiva”, por meio da “realização das ações e políticas de saúde que tenham por escopo evitar o surgimento da doença ou do dano à saúde (individual ou pública), ensejando a imposição de deveres específicos de proteção (...)” (SARLET; FIGUEIREDO, 2002, p. 8). Por fim, a expressão “*promoção*”, significa a busca por qualidade de vida, mediante “ações que objetivem melhorar as condições de vida e de saúde das pessoas (...)” (cf. SARLET; FIGUEIREDO, 2002, p. 8).

O levantamento de dados realizado no presente trabalho, bem como a analogia feita entre estes e a legislação a respeito do direito à saúde e à saúde mental, evidenciou não apenas uma

enorme demanda pela “saúde curativa”, revelando que são muitos os indivíduos que procuram uma melhoria de vida em relação à sua saúde, como também deixou claro o fato de que o Estado não consegue “dar conta” desta demanda, seja porque faltam equipamentos, equipes, qualificação destas, seja porque as políticas públicas não são colocadas em prática, em razão do não comprometimento da gestão atuante ou da influência negativa da política neste meio. Necessário ressaltar, neste sentido, que o que provavelmente ocorre quando um indivíduo, já muito necessitado do serviço público, busca auxílio para tratamento e não tem seu direito à saúde efetivado, é uma piora da própria saúde deste, pois a falta de qualificação dos profissionais, a ausência de meios, de estrutura para se lidar com o usuário do serviço, acaba prejudicando ainda mais o seu quadro em razão de um tratamento errôneo, por exemplo, a ênfase dada à intervenção medicamentosa. Ainda, a ideia de “*promoção*” da saúde e de “saúde preventiva”, também não se encontram materializadas na prática, haja vista nem mesmo haver a efetivação da “saúde curativa”.

## CONCLUSÃO

O presente trabalho se propôs a entender como se dá o funcionamento da RAPS no município de Florianópolis, se há uma eficácia do direito à saúde e à saúde mental no município. O “problema” que guiou a pesquisa foi o seguinte: a ausência de estrutura física, política e econômica da Rede de Atenção Psicossocial, em especial a do Município de Florianópolis, acaba por torná-la incapaz de atender de modo satisfativo as demandas de tratamento psicológico, desrespeitando o preceito constitucional do direito à saúde como direito fundamental?

Neste sentido, a hipótese básica estipulada inicialmente - a qual foi confirmada no decorrer do trabalho em questão - foi a de que, sim, diante da incapacidade da rede de atenção psicossocial, em especial a do Município de Florianópolis, em atender as demandas de tratamento psicológico, tem-se o desrespeito ao direito fundamental à saúde mental.

Assim, o primeiro capítulo, com o intuito de criar uma base teórica consistente para se analisar a efetivação do direito à saúde mental no município de Florianópolis, apresentou uma análise histórica do direito fundamental social à saúde mental através de uma abordagem dividida em 4 (quatro) “eixos” particulares: definição de direitos fundamentais; definição e histórico dos direitos tidos como sociais; conceito de saúde e; conceito de saúde mental. Foi possível, deste modo, evidenciar em que momento o direito à saúde e o direito à saúde mental passaram a vestir uma roupagem de *direitos fundamentais sociais* e quando passaram a ser tidos como tais.

O capítulo inicial ainda realizou uma abordagem acerca das políticas públicas e das políticas públicas em saúde no Brasil, meio através do qual ocorre a efetivação dos direitos à saúde e à saúde mental. Por fim, por meio de uma breve, porém, necessária elucidação, o capítulo explanou como a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial foram uma ponte para que a saúde fosse tratada de forma coletiva e humanizada, através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e do Sistema Único de Saúde (SUS) como base. A RAPS apresenta como objetivo romper com o até então modelo biomédico reducionista, o qual, pautado numa ideia totalmente medicamentosa e asilar, prende os indivíduos portadores de transtornos mentais em manicômios, retirando-os do convívio social e provocando não apenas uma dependência destes para com esse ambiente, mas também sua desrealização.

O capítulo segundo, por sua vez, por meio de uma revisão integrativa da literatura, compostas por 6 (seis) fases, buscou responder à pergunta norteadora “A ausência de estrutura

*física, política e econômica da Rede de Atenção Psicossocial, em especial a do Município de Florianópolis, acaba por torná-la incapaz de atender de modo satisfativo as demandas de tratamento psicológico, desrespeitando o preceito constitucional do direito à saúde como direito fundamental?”, sendo um capítulo voltado à retratar como se dá a atuação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para com as demandas psicológicas, tendo como foco o Município de Florianópolis.*

Referido capítulo evidenciou não apenas a produção de diversas pesquisas que buscam promover formas de melhoria da RAPS, dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Rede de Atenção à Saúde Mental como um todo – o que acaba por revelar uma compreensão das falhas/rupturas e necessidade de constante aperfeiçoamento e melhoria da rede -, como também restou constatada a existência de apenas 3 (três) trabalhos voltados à retratação da realidade da RAPS do Município de Florianópolis, tornando-se cristalina a necessidade de produção de novas pesquisas e formas de melhoria da rede do referido município.

Por fim, o terceiro e último capítulo, intitulado “(In)eficácia da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Florianópolis”, tratou de analisar pormenorizadamente os 3 (três) estudos selecionados para a revisão integrativa realizada no capítulo segundo, comparando com o arcabouço teórico e legislativo de todos os capítulos do trabalho, a fim de analisar de as práticas em saúde mental desenvolvidas no município de Florianópolis se coadunam com o atual modelo de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e, como consequência, se há a efetivação do direito à saúde mental.

Os três trabalhos em questão se prestaram a responder à pergunta norteadora, demonstrando que as diversas falhas apresentadas pela RAPS de Florianópolis – ausência de estrutura; ausência de equipe mínima; baixos salários dos profissionais da área da saúde mental; ego profissional; falta de qualificação e/ou constante aperfeiçoamento dos profissionais; influência da política; centralidade no uso de fármacos, muitas vezes desacompanhado de uma rotina de escuta; foco no “eixo *psi*”; falha no matriciamento, entre outros – fazem com que não apenas a rede não preste os serviços como deveria, como também não haja uma efetivação real do direito à saúde e à saúde mental na RAPS dos município.

Isto, pois, sendo a RAPS fruto do SUS – maior efetivação de política pública de saúde do Brasil – e sendo o Estado responsável, segundo o art. 196 da Constituição da República Federativa de 1988, pela efetivação do direito à saúde – um direito fundamental social, um direito de TODOS -, mediante a adoção de políticas sociais e econômicas, o fato de a RAPS não conseguir dar conta das demandas de saúde mental como deveria, faz com que haja uma quebra

desse direito à saúde, uma falha, um prejuízo aos diversos usuários do sistema público de saúde que o procuram em busca de melhoria/cura de sua saúde mental.

## REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F. A. Evolução das polícias de saúde no Brasil. In: BRASIL. *Ministério da saúde*. Curso básico sobre o SUS, 2007. p. 23-40.
- AGUM, R.; RISCADO, P.; MENEZES, M. Políticas públicas: conceito, análise e revisão. *Agenda política*. São Carlos, v. 3, n. 2, p. 12-42, 2015.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.
- ĂNIMA EDUCAÇÃO. *Revisão bibliográfica sistemática integrativa: a pesquisa baseada em evidências*. Belo Horizonte: Grupo Ănima Educação, 2014.
- ARAÚJO, G. P. S. *Acolhimento e seu papel na rede de atenção psicossocial*. 2016. 24f. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.
- ASENSI, F. D. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias de saúde. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 33-55, 2010.
- BARBOSA, C. S. *A rede de atenção psicossocial no município de Teófilo Otoni – MG: averiguação de uma rede*. 2016. 34f. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.
- BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*. Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.
- BRAGANÇA, M. R. F. *Projeto para a intervenção na organização do espaço físico do centro de convivência de um município do interior de Minas Gerais*. 2015. 26f. Monografia (Especialização em Formação Pedagógica para Profissionais da Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, 2015.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição [da] República Federativa do Brasil*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm). Acesso em: 21 de abr. 2021.
- BRASIL. Presidência da República. *Casa Civil*, 2001.
- BRASIL. *Legislação em saúde mental: 1990-2002*. 3. ed. Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. *Ministério da Saúde*. SUS: a saúde no Brasil. Brasília, 2011.
- BRASIL. *Câmara Legislativa*, 2021a.
- BRASIL. *Palácio do Planalto*, 2021b.
- BRASIL. Ministério da Saúde, 2021c.

- BRASIL, F. G.; CAPELLA, A. C. N. Os estudos das polícias públicas no Brasil: passado, presente e caminhos futuros da pesquisa sobre análise de políticas. *Política Hoje*. Recife, v. 25, n. 1, p. 71-90, 2016.
- CARDOSO, L. et alli. *Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Rede de Atenção Psicossocial*. Florianópolis: UFSC, 2013.
- CAETANO, C. B. *Apoio matricial em saúde mental na atenção básica de São Sebastião do Paraíso: uma construção compartilhada de saberes*. 2016. 20f. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.
- CLEMENTE; LAVRADOR; RAMANHOLI. Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Polis e Psique*. Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 80-99, 2013.
- COSTA, A. et al. Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Porto, v. 7, p. 46-53, jun., 2012.
- DIAS, R.; MATOS, F. O conceito de política pública. In: \_\_\_\_\_. *Políticas públicas: princípios, propósitos e processos*. São Paulo: Atlas, 2012. p. 2-23.
- DIMOULIS, D.; MARTINS, L. *Teoria geral dos Direitos fundamentais*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2014.
- FEITOSA, G. F. A. et al. Depressão senil: desafios no diagnóstico e tratamento na atenção básica. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. São Paulo, v. 25, n. 11, p. 05-37, nov., 2020.
- FROSI, R. V. *Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis*. 2013. 190f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.
- GAINO, L. V. et al. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*. São Paulo, v. 4, n. 5, p. 108-116, abr./jun., 2018.
- IIBGE. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/florianopolis/panorama>. Acesso em 21 de abr. 2021.
- LORA, I. M. B. Direitos fundamentais e o problema da discriminação em razão da origem nas relações de trabalho. *Revista eletrônica do Tribunal Regional do Trabalho da 9ª Região*. Curitiba, v. 4, n. 42, p. 68-88, jul. 2015.
- LOUROZA, S. M. R. *Matracionamento em saúde mental*. 2013. 25f. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MARIANO, L. C. F. *Mordida cruzada posterior em crianças: como prevenir futuras maloclusões*. 2012. 34f. Monografia (Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2012.

MARTINS, D. B. *Saúde mental na atenção básica: reorganizando a rede de atenção psicossocial*. 2014. 21f. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

MARTINS, M. F. M. *Estudos de revisão de literatura*. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2018.

MARTINS, V. *Direito à saúde do portador de transtorno mentais: legislação e políticas públicas que regulam a atenção aos usuários de drogas e álcool no Brasil*. 2011. 80f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Curso de Direito, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto, Enfermagem*. Florianópolis, v. 17 n. 4, p. 758-764, out/dez, 2008.

NOBRE, T. C. N. *Revisão integrativa*. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=vAZ\\_rCxpEd4](https://www.youtube.com/watch?v=vAZ_rCxpEd4). Acesso em: 21 de abr. 2021.

OLIVEIRA, C. R. *Dificuldades relacionadas à alta do CAPS encontradas por usuários com transtornos mentais frente ao novo modelo assistencial em saúde mental*. 2012. 80f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2012.

OMS. *Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, Direitos Humanos e legislação*, 2005.

OMS. Constituição (1946). *Organização Mundial da Saúde (OMS)*. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 21 de abr. 2021.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI, JÚNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. *Revista Espaço para a Saúde*. Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez, 2006.

PEREIRA, S. L. *Práticas em saúde mental e atenção psicossocial acerca da construção de projetos terapêuticos singulares: uma revisão integrativa*. 2016. 87f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Programa de Pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

PEIXOTO, A. S. *A articulação da rede de atenção psicossocial na perspectiva dos profissionais atuantes nos diferentes serviços*. 2014. 20f. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

PEREIRA, S. R. *Práticas em saúde mental e atenção psicossocial acerca da construção de projetos terapêuticos singulares: uma revisão integrativa*. 2016. 87f. Dissertação (Mestrado

Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Programa de Pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

PINTO, S. F. *Educação permanente em saúde mental: ferramenta de cuidado para as enfermeiras de saúde da família*. 2014. 33f. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014.

RAEDER, S. Ciclo de políticas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. *Perspectivas em Políticas Públicas*. Belo Horizonte, v. 7, n. 13., p. 121-146, jan/jul, 2014.

REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C.; CECÍLIO, L. C. O. *Políticas públicas de saúde no Brasil: SUS e pactos pela saúde*. In: BRASIL. Ministério da saúde, 2007.

RIBEIRO, D. R. *O hospício de Pedro II e seus internos no caso do Império: desvendando novos significados*. 2012. 125f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. *Cogitare Enfermagem*. Curitiba, v. 3, n. 2, p. 109-112, jul./dez, 1998.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. (Org.). *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: ARTMED, 2003. p. 28-49.

RUA, M. G. *Políticas Públicas*. 3. ed. Florianópolis: UFSC, 2014.

SANTOS, A. B. et alli. Saúde mental, humanização e direitos humanos. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. Florianópolis, v. 10, n. 25, p. 1-19, 2018.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na constituição de 1988. *Diálogo Jurídico*. Salvador, n. 10, jan., 2002.

SARZANA, M. B. G. *Estratégias para o fortalecimento da articulação municipal da rede de atenção psicossocial*. 2019. 120f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Gestão de Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

SILVA, J. A. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 40. ed. São Paulo: Malheiros, 2017.

SOARES, K. S. A. J. *Grupo de promoção à saúde: estratégia de articulação da atenção primária e da saúde mental*. 2014. 40f. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*. Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, jul/dez/, 2006.

SOUZA, M. M. *Acesso a rede de atenção psicossocial: análise de dados da ouvidoria geral do estado de Minas Gerais*. 2014. 29f. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

TRAJANO, M. P. *O cuidado em saúde mental: limites e possibilidades da rede de atenção psicossocial*. 2017. 137f. Dissertação (Mestrado Profissional em G Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Programa de Pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

TONIN, C. F. *Como vai a saúde mental? Diálogos e reflexões sobre as estratégias de atenção à saúde na Atenção Básica*. 2019. 105f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Programa de Pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

UNESP. *Tipos de revisão de literatura*. Botucatu: UNESP, 2015.

UFSC. *Manual avançado de pesquisa integrativa*. Florianópolis: UFSC, 2011.

VIANA, Z. M. *A eficácia dos direitos sociais e o Supremo Tribunal Federal: um estudo sobre a natureza dos direitos sociais e sua exigibilidade judicial*. 2020. 104f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Departamento de Direito, Universidade Pontífice Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

VIEIRA, S. M. et al. Rede de atenção psicossocial: os desafios da articulação e integração. *Psicologia Política*. São Paulo, v. 20, n. 47, p. 76-86, 2020.