

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

VITTORIA GLEYCI ROCHA LINHARES

A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO BRASILEIRO:
percursos trilhados em busca de ofertar serviços no modelo psicossocial.

JUAZEIRO DO NORTE - CE
2022

VITTORIA GLEYCI ROCHA LINHARES

A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO BRASILEIRO:
percursos trilhados em busca de ofertar serviços no modelo psicossocial.

Trabalho de Conclusão de Curso – Artigo Científico, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Profa. Me. Moema Alves Macêdo

JUAZEIRO DO NORTE - CE
2022

VITTORIA GLEYCI ROCHA LINHARES

**A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO BRASILEIRO:
percursos trilhados em busca de ofertar serviços no modelo psicossocial**

Este exemplar corresponde à redação final aprovada do Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Data da Apresentação: 08/12/2022

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profa. Moema Alves Macêdo

Membro: Profa. Esp. Nadya Ravella Siebra de Brito Saraiva/ UNILEÃO

Membro: Profa. Me. Larissa Maria Linard Ramalho/ UNILEÃO

JUAZEIRO DO NORTE - CE
2022

A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO BRASILEIRO: percursos trilhados em busca de ofertar serviços no modelo psicossocial

Vittoria Gleyci Rocha Linhares¹

Moema Alves Macedo²

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar artigos que aborde o desenvolvimento das políticas públicas de saúde mental no Brasil no período de 2001 a 2021, sendo este o período determinado pelo ano de aprovação desta política no país. Tendo como estratégia de pesquisa caráter bibliográfica, descritiva, com abordagem qualitativa dos dados, tendo como método de análise a revisão narrativa de literatura, com natureza básica. Considerando a necessidade da reforma psiquiátrica, o funcionamento da política pública nos primeiros anos de implementação e os avanços alcançados desde a implementação desta política até os dias atuais, segundo os artigos analisados. Tendo como resultados a identificação de acordo com os textos analisados, a implantação de uma nova política pública voltada para intervenções comunitárias, multiprofissionais e subjetiva. Além dos marcos principais na primeira década de implementação desta política no Brasil como, processo de desinstitucionalização, redução de financiamentos voltados para hospitais psiquiátricos e maiores gastos voltados para o modelo psicossocial. Modelo este, atualmente em funcionamento no Brasil que, segundo o presente estudo, apesar da reforma e maior aceitação do modelo psicossocial voltado para um cuidado mais subjetivo, o antigo modelo asilar ainda se faz presente de forma alternativa diante de alguns casos.

Palavras-chave: Política Pública. Saúde Mental. Rede de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

This study aims to analyze articles that address the development of public mental health policies in Brazil from 2001 to 2021, this being the period determined by the year of approval of this policy in the country. Having as research strategy a bibliographical, descriptive character, with a qualitative approach to the data, having as a method of analysis the narrative literature review, with a basic nature. Considering the need for psychiatric reform, the functioning of public policy in the first years of implementation and the advances achieved since the implementation of this policy to the present day, according to the analyzed articles. Having as results the identification, according to the analyzed texts, the implantation of a new public policy focused on community, multidisciplinary and subjective interventions. In addition to the main milestones in the first decade of implementation of this policy in Brazil, such as the deinstitutionalization process, reduction in funding for psychiatric hospitals and higher expenses for the psychosocial model. This model, currently in operation in Brazil, which, according to the present study, despite the reform and greater acceptance of the psychosocial model aimed at more subjective care, the old asylum model is still present in an alternative way in some cases.

Keywords: Public Policy. Mental health. Psychosocial Care Network

¹Discente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: vittoria.gleyci@hotmail.com

²Docente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: moema@leaosampaio.edu.br

1 INTRODUÇÃO

Em pleno século XXI, a luta pela melhoria das redes de saúde mental no Brasil ainda é constante. Visto o cenário de adoecimento mental cada vez maior, principalmente diante das mudanças emergenciais necessárias durante a pandemia ocasionada pela proliferação do vírus da COVID-19. Apesar de toda luta desde os anos 80 para a implementação de um serviço público de saúde mental de qualidade que atenda as necessidades da população, atualmente, essa luta árdua ainda é enfrentada dia após dia, tanto pelos profissionais como, pelos usuários que necessitam dos referidos serviços, mesmo após a publicação da lei no 10.216, de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), que fala sobre a proteção e os direitos das pessoas acometidas por algum tipo de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo geral discutir o desenvolvimento das políticas públicas de saúde mental no Brasil no período de 2001 a 2021, sendo este o período determinado pelo ano de implementação da referida política. Como objetivos específicos, dispõe: discutir a necessidade da reforma psiquiátrica no contexto brasileiro; identificar trajetórias usadas para implementar serviços que atendessem ao preconizado na lei no 10.216, de 6 de abril de 2001; identificar avanços na oferta de serviços públicos de saúde mental, refletir sobre marcos legais da política de saúde mental no Brasil a partir de 2001.

Almeida (2019), aponta fragilidades e avanços no desenvolvimento das políticas públicas de saúde mental desde o modelo de hospitais psiquiátricos até os dias atuais, em relação a financiamentos, qualidade de informações, integração da rede de atendimento primário, diminuição de leitos psiquiátricos e entre outras que veremos no desenvolvimento deste. Com isso, justifica-se a necessidade de pesquisar o seguinte tema a fim de entender cientificamente a realidade do funcionamento das políticas públicas de saúde mental no Brasil atualmente.

Ademais, visto a realidade de pandemia enfrentada durante os últimos anos, segundo Moura e Lima (2020), uma pesquisa realizada pela Organização Mundial de Saúde, revelou que durante os momentos mais críticos da pandemia do COVID-19, os serviços de saúde mental no mundo diminuíram e de 1 bilhão de pessoas no mundo diagnosticados com transtornos mentais, por média 75% dos casos em países de renda média e baixa não são atendidos, em países de renda relativamente alta, a falta de atendimento cai somente para 50%.

Outra justificativa cabível, parte do pressuposto daqueles que, assim como eu, já tiveram experiências de necessitar dos serviços psicológicos emergenciais ou a longo prazo da rede pública de saúde mental, deparando-se com o descaso de municípios do país, contradizendo

aquilo que é proposto por lei. Como em experiência pessoal pude vivenciar, casas de saúde sem atendimento psicológico em casos de emergência, além da falta de redes de apoio psicossocial para atendimentos prolongados. Sendo esta, infelizmente a realidade de algumas cidades de pequeno porte do Brasil e, por vezes, as capitais também são insuficientes pelas grandes demandas e recursos insuficientes, como veremos no decorrer deste estudo de acordo com os dados encontrados.

Assim, com base nos artigos científicos analisados, a experiência pessoal e social, tendo em vista ainda, uma melhor compreensão da realidade enfrentada pelos profissionais e usuários que fazem parte deste serviço atualmente, justifica-se a importância do presente estudo, que parte da pergunta problema: que discursos artigos acadêmicos publicados entre 2001 e 2021 produzem sobre a oferta de cuidado em saúde mental nos serviços do Sistema Único de saúde?

2 METODOLOGIA

A estratégia de pesquisa é de caráter bibliográfica, descritiva, com abordagem qualitativa dos dados, tendo como método de análise a revisão narrativa de literatura, com natureza básica (MARCONI; LAKATOS, 2017). Assim, será realizada com base em marcos regulatórios do Sistema Único de Saúde, produções identificadas como relevantes para a temática e artigos publicados na plataforma SciELO, nos últimos vinte e um anos, pois, é o período em que houve a implementação da política pública que aborda o tema em questão, percebendo assim que, se houver uma diminuição ou extensão deste período haverá uma perda do foco da pesquisa. Assim, os artigos analisados possuem o foco nos avanços e retrocessos vividos pelas políticas públicas de saúde mental, abordando a realidade vivida pelos usuários do referido serviço no território brasileiro, mesmo após a reforma psiquiátrica.

Os artigos são selecionados através das seguintes palavras chaves: política pública, saúde mental, Rede de Atenção Psicossocial. Dessa forma, utiliza-se as palavras-chaves associadas como ponto de partida para pesquisa, havendo 13 artigos como resultado iniciais, levando em consideração os critérios de inclusão, artigos na língua portuguesa, relacionados aos objetivos da pesquisa e publicados nos últimos 21 anos na íntegra, sendo excluídos os que não estão na língua portuguesa, os que foram publicados a mais de 21 anos e os que após análise, não atenderam ao foco principal da pesquisa. Assim, inicialmente tem-se como ponto de partida 8 (oito) artigos para a elaboração de tal estudo.

O banco de dados produzido com base nos achados no Scielo, foi categorizado, usando a leitura reflexiva, de acordo com escritos objetivos específicos da pesquisa, resultando em

categorias a priori. Portanto, as seguintes categorias: 1. A necessidade da reforma psiquiátrica, 2. O funcionamento da política pública nos primeiros anos de implementação, 3. Os avanços e retrocessos na implementação desta política nos dias atuais, segundo os artigos analisados.

3 POLÍTICA PÚBLICA E CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Segundo Macêdo (2018), as políticas públicas são ações e programas desenvolvidos pelo Estado na tentativa de colocar em prática direitos assegurados na Constituição Federal. As políticas públicas são então, uma garantia dos direitos da população diante de suas necessidades. Para isto, é necessário o trabalho das três instâncias de governo, Federal, Estadual e Municipal, para planejar, criar e executar políticas voltadas para a garantia dos direitos de todos os cidadãos. Dentro deste parâmetro, existe no Brasil uma política de saúde.

O Sistema Único de Saúde no Brasil, é uma política pública, consolidada em lei e na constituição Federal, para a oferta de saúde pública a população, regulamentada por meio da Lei nº 8.080 de 1990. Através desta, surgiu o Decreto de nº 7.508 de 28 de julho de 2011, que reafirma a organização do Sistema Único de Saúde por meio de redes de atenção a saúde, as quais já estavam em implementação por meio da portaria nº 4.279 (BRASIL, 2010), de 30 de dezembro de 2010. Com base em Mendes (2011), as Redes de Atenção a Saúde, são organizadas por meio de conjuntos de ações e serviços de saúde oferecidos de acordo com os níveis de complexidade. Tendo como objetivo, melhor articular os serviços propostos na política pública para garantir a oferta destes através da integralidade da assistência a saúde. Para isto, esta rede é acomodada em uma Região de Saúde ou em várias delas, estas sendo definidas como:

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011a, art.2º)

Desta forma, com base em Brasil (2015), a Região Saúde contém ações e serviços de acordo com a complexidade crescente, como: Atenção Primária, Serviços de urgência e emergência, Atenção psicossocial, Atenção ambulatorial especializada e hospitalar e Vigilância em Saúde. Percebe-se, portanto que, a oferta de cuidado em saúde mental é obrigatória dentro das redes de atenção á saúde, e que, portanto, deve ser ofertado de atendendo ao princípio da integralidade do SUS.

Ainda buscando atender aos princípios do SUS, buscou-se, em pactuação de 2011 na Comissão Intergestora Tipartite (CIT), dar conta do princípio da equidade, estabelecendo redes

temáticas a serem priorizadas nas organizações das redes de atenção a saúde nas regiões, a saber: Rede Cegonha (atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses); Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas; Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. Entre estas, nos aprofundaremos na Rede de Atenção Psicossocial. Sendo esta, que oferece a Rede de saúde mental integrada, garantindo por meio do mesmo decreto, a oferta de serviços voltados a saúde mental, transtornos e demandas recorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Ante ao exposto, a Rede de Atenção Psicossocial, está voltada não só para atendimentos individualizados, mas, para serviços com bases comunitárias, buscando adequar os serviços as necessidades dos usuários e de seus familiares e não o contrário. Tendo como base, as perspectivas territoriais, conhecendo as dimensões de cada lugar para transformá-los de acordo com suas necessidades.

A Rede de Atenção Psicossocial é organizada com base na portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, tendo por base diretrizes como, a garantia a autonomia, promovendo aos usuários o respeito dos direitos humanos, a liberdade e a cidadania; a promoção da equidade, percebendo os fatores determinantes sociais da saúde; a garantia do acesso e a qualidade dos serviços ofertados quanto ao cuidado integral e a assistência multiprofissional; serviços com bases territoriais e comunitárias com estratégias diversificadas em relação ao cuidado de participação e controle social dos usuários e familiares; organização dos serviços em redes de atenção à saúde regionalizada com ações intersetoriais; além do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais ou demandas relacionadas a substâncias psicoativas. (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b)

Assim, a Rede de Atenção à Saúde é composta por uma rede de serviços baseados nas diretrizes citadas acima de acordo com os níveis de densidades tecnológicas, para tanto, estão conformados nos seguintes pontos de atenção à saúde (lugares institucionais de oferta de serviços de saúde que se comunicam de modo articulado). Iniciando com a (I) atenção básica de saúde em unidades, serviços e programas de atendimento básico aos usuários e de porta de entrada. Em seguida, a (II) Atenção Psicossocial Estratégica, voltada para centros de atenção psicossociais em diferentes modalidades. Posteriormente, se tem a (III) Atenção de Urgências e Emergências, voltados aos serviços gerais, incluindo os de transtornos mentais ou decorrentes de uso de substância psicoativas de caráter de urgência e/ou emergência. Ainda, existe a oferta da (IV) Atenção Residencial de caráter transitório, como serviços de acolhimento e de atenção em regimes residenciais. Além disso, conta com a (V) Atenção Hospitalar, oferecendo serviços de enfermarias em hospitais gerais e de referência para pessoas em sofrimento ou transtornos

mentais e para as decorrências do uso de substâncias psicoativas. Têm-se ainda, as (VI) Estratégias de Desinstitucionalização, como, os serviços residenciais e o programa de volta para casa. E por último, a RAS conta com as (VII) Estratégias de Reabilitação, através das iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais (BRASIL, 2010, BRASIL, 2011b). Percebe-se que, a diversidade de serviços busca atender a diversidade de demandas de modo integral, equânime, universal e com base de apoio na comunidade, sendo esta última uma das prioridades no modo de fazer dos centros de atenção psicossocial (CAPS).

Os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que atua na reintegração do sujeito na sociedade com base em projetos terapêuticos singulares (PTS), não se limitando a cura como única e almejada solução, voltados ao reposicionamento dos sujeitos, para que eles possam estar constantemente inseridos na sociedade, durante o tratamento e após ele, visando não só a cura, mas, uma qualidade de vida, levando em consideração a sua rede de apoio comunitário, familiar e os princípios do SUS. (BRASIL, 2010, BRASIL, 2011b; BOCCARDO et al, 2011)

O CAPS existe em várias categorias para atender públicos específicos, crianças e adolescentes, álcool e drogas entre outros, conforme especificado no quadro abaixo:

Quadro 1. Modalidades de Centro de Atenção Psicossocial.

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;
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;
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;
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;
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, 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

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.
---------	--

Fonte: portaria nº3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b.).

Conforme apresentado no quadro acima, as diversidades de demandas especializadas encontram possibilidades de cuidado em diversidades de ofertas de CAPS. Contudo, vale a pena destacar que a principal porta de entrada e a ordenadora da Rede, é a Atenção Primária a Saúde, a qual, não conta com financiamento específico, de acordo com a publicação da portaria Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 e nem indicadores de desempenho para a saúde mental, tendo por base a Portaria GM/MS nº 102 (BRASIL, 2022), de 20 de janeiro de 2022, a qual estabelece para o ano de 2022, atualizada pela norma técnica Nº 12/2022-SAPS/MS, abaixo:

Indicador 1: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação; **Indicador 2:** Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; **Indicador 3:** Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; **Indicador 4:** Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS; **Indicador 5:** Proporção de crianças de 1(um) ano de idade vacinadas na APS contra Difetéria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada; **Indicador 6:** Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; **Indicador 7:** Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

Percebe-se, portanto, que a não priorização dos cuidados em saúde mental na atenção primária é relevante para uma desarticulação da rede no atendimento de modo integral, universal e equânime e que isso pode contribuir para uma superlotação dos pontos de atenção especializados.

Por fim, após tanto se falar em cuidado em saúde, cabe delimitar o entendimento desse trabalho sobre este tema. Segundo Cardoso e Galera (2011), o cuidado envolve o acolhimento de todos os sofrimentos de um indivíduo, na tentativa de minimizá-los de alguma forma. No que diz respeito a saúde mental, o cuidado é voltado ao acolhimento de demandas que provocam o sofrimento nos indivíduos e no seu contexto de vivência, por isso, os cuidados em saúde mental são voltados para os indivíduos adoecidos, familiares e comunidades, visando oferecer uma rede ampliada e integrada que atenda as necessidades de todos os indivíduos envolvidos. Por tanto, cuidados em saúde mental se refere a tentativa de minimizar o máximo possível os impactos que causam sofrimento psicológico, seja recorrente de transtornos, de experiências ou do uso de substâncias.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 A NECESSIDADE DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Com base nos estudos realizados em Almeida (2019), a caminhada de avanços e retrocessos nos últimos trinta anos no que diz respeito a política de saúde mental foi trivial. A reforma psiquiátrica vem questionar o tratamento dado a pessoas com transtornos mentais no Brasil, caracterizado pelo entendimento de serem pessoas perigosas e que deveriam ser recolhidas da sociedade para tratamentos intensivos, não havendo qualquer tipo de tratamento humanizado, mas sim, violando todos os direitos humanos, buscando intensivamente uma cura física, deixando de lado qualquer estado emocional das pessoas em tratamento, visando o alcance da normalidade esperada pela sociedade.

Costa-Rosa (2000), aborda em seu trabalho também o modelo de atenção asilar preconizado antes da reforma, baseado em circunstâncias orgânicas, voltadas para o meio medicamentoso como forma de cura, desconsiderando a subjetividade do sujeito e o enxergando como doente que deve ser tratado organicamente para se obter uma cura desejada. A autora relata a existência de equipes multiprofissionais como modo, no entanto, com práticas limitadas onde a ligação dos profissionais era apenas o prontuário e voltadas principalmente a psiquiatria. Neste modelo, não se considerava a relevância da psicose, pois, a medicina era o modelo curativo diante de qualquer demanda (AMARANTE, 2007).

Ao contrário do modelo psicossocial atual, Costa-Rosa (2000), relata o modo como este leva em consideração os fatores políticos e biopsicoculturais como sendo determinantes para o adoecimento, além do biológico. Além disto, nesse modelo o paciente é uma peça fundamental para o seu próprio tratamento, considerando sua subjetividade e fatores adoecedores, considerando os seus aspectos orgânicos e socioculturais. Também é considerado os contextos em que o indivíduo está inserido, não sendo ele o único responsável pelo seu adoecimento e tratamento, sendo necessário envolver os meios familiares e sociais na busca pela qualidade de vida do sujeito. Entretanto, apesar do modelo psicossocial atual, o modo asilar ainda se mantém em disputa (AMARANTE, 2007).

Ante ao exposto, é possível perceber a luta árdua para chegar aonde o país se encontra atualmente no que diz respeito a política pública de saúde mental. Vale ressaltar que, segundo Almeida (2019), a lei de saúde mental de número 10.216, proposta em 1989 só foi aprovada no ano de 2001, é um longo período para um país vivenciar por tanto tempo o que foi o modelo de hospital psiquiátrico na época. Este modelo com base ainda no mesmo autor, era caracterizado pela baixa qualidade dos cuidados para com os que dele necessitavam, além de, não preservar os direitos humanos deles, com constantes violações. Embora isto, tais marcos foram

indispensáveis para se desenvolver uma política nacional de saúde mental no Brasil que tivesse como foco preservar a humanidade e os direitos humanos dos usuários que dela necessitem.

Dessa forma, entende-se através do referido estudo, a importância da reforma psiquiátrica como algo de extrema necessidade para o desenvolvimento do país no que se refere a cuidados de saúde mental (COUTO; ALBERTI, 2008). Tendo em vista que após a implementação da lei 10.216 em 2001 (BRASIL, 2001), o tratamento psicológico no Brasil passou a ser preconizado com base em humanização, empatia e clinicamente ampliado, ao contrário do modelo asilar. Os transtornos mentais não devem mais serem tratados como doenças perigosas, condenando o indivíduo que dela se acomete, mas, passando a tratá-lo como humano, como ser adoecido com direitos sociais, entre estes, o acesso a tratamentos. Por isso, a reforma psiquiátrica foi de extrema importância e necessária para o desenvolvimento e evolução desta política voltada aos cuidados mentais que, mesmo ainda necessitando de ajustes, proporcionou uma maior acessibilidade humanizada para os que dela necessitam.

4.2 O FUNCIONAMENTO DA POLÍTICA PÚBLICA NOS PRIMEIROS ANOS DE IMPLEMENTAÇÃO

Como discutido no texto, o sistema único de saúde no Brasil, é uma política pública, positivada em lei e na constituição Federal, para a oferta de saúde pública a população, através dela é ofertado também o cuidado em saúde mental, proposto nos anos de 1980 e aprovado na Lei 1026/ 2001, sendo regulamentada por meio da portaria 3088/2011 que busca atender as prerrogativas do decreto 7508/2011. Contudo, sabe-se que o início da implementação de uma política pública é um momento crítico devido a transição de práticas e de crenças que a envolvem. Assim, esse tópico, busca discorrer sobre os primeiros anos de implementação desta, considerando este compreendido, para fins desse trabalho, entre 2001 e 2011.

Nos primeiros anos após a implementação desta Lei, financiamentos passaram a ser destinados para serviços voltados a substituição do hospital psiquiátrico, segundo Brasil (2005), até o ano de 2004, o financiamento voltado para hospitais psiquiátricos diminuiu 29,30% e os gastos direcionados a serviços extra-hospitalares em saúde mental aumentaram de 6,86% para 36,16%, ou seja, foi uma mudança de quase 100%.

Um marco importante, nesta primeira década, conforme ainda Brasil (2001), foi também a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília em dezembro de 2001. Esta contou com cerca de 23 mil pessoas nas etapas Estaduais e Municipais e 1480 delegados nas etapas Nacionais, entre estes usuários, familiares e representantes da sociedade

civil. Foi nesta Conferência que se deu o CAPS como principal estratégia para a mudança do antigo modelo, construindo uma política que acolha os usuários de substâncias psicoativas e estabelecendo o controle social.

De acordo com a análise realizada, Almeida (2019), ressalta sobre as primeiras reformas, que começaram a ser implementadas em alguns estados até se expandir pelo país, contribuindo ativamente para a construção da política pública de saúde mental em 1980, focando na melhoria das condições de vida nos hospitais psiquiátricos e em promover um processo de substituição dos mesmos para propor uma rede mais humana, mais comunitária e mais eficaz em seus tratamentos, inspirados em modelos de outros países, dando início aos Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Vale ressaltar ainda, seguindo essa análise que, o desenvolvimento de tal política está ligado diretamente ao nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo esse um processo de mãos dadas entre todos os setores da sociedade brasileira, porém, alguns deles em meio ao processo mostraram-se resistentes em relação a algumas mudanças, mas assim como todo contratempo, pôde ser superado.

Além disso, conclui-se, com base no mesmo autor que, este processo de desinstitucionalização foi progressivo e lento, conforme os resultados dos primeiros 10 anos de reforma, onde os hospitais de grande e médio porte com mais de 400 leitos, tinham 30% do total de ocupação e reduziu gradualmente para 10,5% de ocupação de leitos destinados a internações psiquiátricas, já os hospitais de pequeno porte com cerca de 160 leitos e 22% de ocupação teve sua ocupação aumentada para 52%. Assim, é notório que há um progresso e ao mesmo tempo uma resistência na história da reforma psiquiátrica nesta primeira década.

Seguindo ainda a análise de Almeida (2019), durante essa luta para a reforma do modelo psiquiátrico/asilar, nos anos de 2001 a 2014, os hospitais psiquiátricos tiveram uma grande queda no seu número de leitos, decorrente do encerramento de vários hospitais psiquiátricos na década anterior por não atender os requisitos básicos para funcionamento. Em 1979, após a apresentação do Projeto denominado Paulo Delgado, o processo de desinstitucionalização para a tentativa de uma nova política já se inicia, embora a Lei só seja sancionada em 2001.

Dentro desta política, segundo Brasil (2005), em 1992, após a II Conferência Nacional de Saúde Mental, já se inicia os movimentos sociais para a diminuição de leitos psiquiátricos, surgindo programas e serviços comunitários voltados para a atenção diária, com foco na substituição dos hospitais psiquiátricos, como, o Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, Núcleo de Acompanhamento Psicossocial-NAPS e o Hospital-Dia. Embora isto, o autor relata que ao final deste período o desenvolvimento desta nova política ainda não havida sido satisfatório, pois, cerca de 93% do financiamento voltado para a saúde mental ainda eram destinados a

hospitais psiquiátricos, lentamente é que esses dados foram diminuindo e dando maior visibilidade para o modelo psicossocial.

Após o sancionamento da Lei Paulo Delgado em 2001, conforme Brasil (2005), é que o destino de recursos direcionados a saúde mental passam a ser voltados a maior parte para os programas de desinstitucionalização. Surge então o Programa Volta para Casa, para pessoas internadas a longos períodos. E, também, uma política voltada para redução de danos em questões de abuso de álcool e drogas por meio dos CAPS. Assim, o CAPS foi um dos primeiros programas a surgir com o objetivo de ofertar cuidados mentais para a população com transtornos mais graves, baseados em centros desenvolvidos em países Europeus, assim como o modelo psicossocial no Brasil, foi baseado no modelo desenvolvido na Itália.

Além disso, conforme a análise em Campos-Onocko (2019), inúmeras estratégias de programas para facilitar a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos foram criadas durante esse processo, como, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada pela portaria MS/GM nº 3.088 de 2011, além de, serviços residenciais terapêuticos, programa De Volta para Casa, programas de gerenciamento de casos, oferecido pelos CAPS de cada comunidade, programas de apoio na resolução de problemas de documentação civil, entre outros como discutidos no decorrer do texto.

Ademais, seguindo ainda a análise dos artigos citados, pôde-se resumir este avanço pós-reforma psiquiátrica a um só objetivo que norteia a implantação da lei 10.216, conforme Brasil (2001), sendo este o objetivo de ter uma rede assistencial (que já havia sido iniciada), uma rede baseada em cuidados mentais, mais acessível, eficaz, humanizada e comunitária. No entanto, nessa mesma perspectiva, houve a criação de Unidades Psiquiátricas Especializadas e Unidades Ambulatoriais com funcionamento dentro dos hospitais gerais, para intervenções de casos específicos e graves.

Com isso, conclui-se por meio das análises aos trabalhos dos autores citados, as dificuldades vivenciadas nos primeiros anos após a implementação da lei, nos seguintes anos 2000, havendo a dificuldade de aceitação por parte de alguns órgãos, estados e povos, em relação a necessidade de maiores investimentos para estas demandas, da aceitação daqueles que eram considerados como doentes, na tentativa de mudar essa cultura social da época e empregar uma cultura e reinserção deste público na sociedade, enfrentando assim um longo processo até a implementação da política em todo o território brasileiro.

Visto que, o modelo psiquiátrico já havia se perpetuado por muitos anos e suas intervenções eram bem mais práticas e rápidas no ponto de vista dos não doentes, por isso, tornou-se uma cultura da sociedade brasileira, desfazer toda ela para chegar no cenário atual

que o país se encontra, conforme entendido no estudo em questão, foi um longo processo de avanços e retrocessos.

Contudo, conclui-se ainda que, todo este processo de desconstrução de um antigo modelo, cultura e crença, foi necessário para a implementação da atual política. Consigo, a Política Pública de cuidados em saúde mental, trouxe novos programas e formas de tratamentos, intensificados e ampliados, principalmente voltados a atenção psicossocial. Além de, respeitar os direitos humanos de cada indivíduo, como propõe a lei de número 10.216/2001 (BRASIL, 2001), oferecendo serviços voltados a desinstitucionalização, serviços comunitários e que promovem a acessibilidade, igualdade e equidade. No entanto, no que tange a realidade da vivência, cabe analisar se a realidade de tal política na prática atende ao que realmente é proposto.

4.3 OS AVANÇOS E RETROCESSOS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL ATÉ OS DIAS ATUAIS

Com base no viés relevado acima, vale analisar a realidade brasileira atualmente no que se refere a cuidados mentais, considerando avanços como as mudanças ocorridas gradualmente nas últimas décadas em relação a cuidados em saúde mental no país, em comparação ao modelo asilar. Segundo a análise em Cardoso e Galera (2011), na lei 10.216/2001, algumas propostas se concretizaram e expandiu-se como programas de serviços voltados a assistência humanizada, fortalecimento de redes, desenvolvimento de potencialidades de todos os envolvidos, dentre outros.

Tais programas propostos na lei se concretizaram, como, o CAPS-Centro de Atenção Psicossocial, para casos de acompanhamento mais contínuo, UPHG- Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais, no intuito de atender casos de emergências e internamentos mais graves, SRTs- Serviços Residenciais Terapêuticos, previsto na portaria em Brasil (2011b), de nº 3.090/2011. A pesquisa revela ainda que, os cuidados atualmente não são voltados somente para os pacientes em si, mas também, para os familiares, obtendo mais eficácia no que diz respeito ao cuidado em saúde mental, ampliando esta rede através das propostas previstas na lei e implementada pelos programas.

No entanto, levando em consideração ainda a análise em Cardoso e Galera (2011), tendo em vista os processos políticos e partidários que o país vive, a realidade da prática das propostas exigidas em leis, nem sempre são atendidas e não só no que diz respeito a política de saúde mental, mas, é muito comum no nosso dia a dia diante das necessidades, nos depararmos com

a escassez dos serviços públicos em todos os âmbitos. Por isso, no que tange aos cuidados em saúde mental, através de alguns artigos analisados é possível perceber esta realidade de dificuldade na concretização dos serviços previstos.

Nisso, vale ressaltar Campos-Onocko (2019), que, traz em seu trabalho as dificuldades enfrentadas em relação a financiamento inadequado pois, com a mudança na forma de financiamento, estabelecida segundo Brasil (2019) pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que estabelece o programa previne brasil e pela Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022 (BRASIL, 2022), estabelecendo os indicadores de desempenho, e portanto de repasse financeiro, para a Atenção Primária à Saúde, não designando nenhum deste para a saúde mental, dificulta ainda mais o processo de qualidade e acesso de serviços. Além disso, nos deparamos com a fragilidade institucional, burocratização, falta de acolhimento aos familiares, distribuição dos serviços de forma desigual, falta de expansão dos serviços, além dos retrocessos vividos com a portaria nº 3.588 de 2017, reintroduzindo o hospital Dia e o hospital psiquiátrico nas RAPS, reajustando o valor das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), entre outros vários retrocessos que surgiram em meio a tentativas de avanço.

Ademais, atualmente, conforme os autores citados, os cuidados de saúde mental se ampliam para além dos setores públicos e conta com estratégias de equipes multiprofissionais, visando questões pessoais, sociais, econômicas e familiares dos usuários atendidos. No entanto, nem sempre estes pacientes são devidamente atendidos, tendo em vista dificuldades familiares, pessoais e até dos próprios profissionais, tais como empecilhos de recursos, barreiras de acesso, inadequação da assistência profissional e capacitação, entre outros fatores que atrapalham a prática efetiva destes serviços. Estas dificuldades se tornaram ainda mais graves nos períodos mais críticos da pandemia.

No que tange a realidade vivida pelo país atualmente durante a pandemia enfrentada mundialmente pela proliferação do vírus da COVID-19, Moura e Lima (2020), aborda em seu trabalho uma pesquisa realizada pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) a qual mostra que 51% das pessoas no Brasil, sentiram o impacto negativo no que diz respeito a saúde mental no período de pandemia, sendo este um dos motivos que causou agravamento das doenças mentais existentes, a geração de novos transtornos mentais e limitação de acesso aos serviços de tratamento.

Diante disto, entende-se que, apesar da garantia de atendimento prevista na Lei 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001), referente a proteção e direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais, a assistência a estes pacientes e aos novos, foi limitada nesse período de pandemia, fazendo com que, as pessoas que possuíam diagnóstico obtivessem agravamento no seu quadro devido

a restrição dos serviços e os novos portadores não tivessem acesso ao diagnóstico e tratamento de imediato, causando também maior agravo.

Portanto, é possível concluir que, a política de cuidados em saúde mental no Brasil atualmente ainda está em desenvolvimento e necessita da ampliação de infraestrutura extra-hospitalar que se aproxime da realidade cotidiana dos pacientes, pois, apesar do avanço em comparação a décadas anteriores, os pacientes com doenças mentais ainda passam por processos de consecutivas internações. Ademais, é necessário uma maior cobrança e fiscalização por parte das instâncias de governo, visando garantir as propostas da constituição também na prática e melhorar a qualidade e acesso dos serviços para os cidadãos brasileiros. Além de, um maior investimento voltado para os cuidados em saúde mental, ofertando assim, uma política pública garantida que atenda a todas as necessidades da população.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o exposto, conclui-se que, os discursos reproduzidos em textos acadêmicos publicados nos últimos vinte anos, são baseados na necessidade de uma Política Pública Psicossocial e consideram um grande avanço em comparação ao modelo anterior, apesar que, o mesmo ainda não foi totalmente superado nos dias atuais, se fazendo presente, inclusive em possibilidades de ofertas de serviços. Dentro deste viés ainda é necessário um longo caminho para extinguir permanentemente o modo hospitálocêntrico da rede pública e oferecer outros serviços permanentes que o substitua permanentemente e atue de forma mais subjetiva.

Ademais, conclui-se, segundo a análise realizada, a necessidade da mudança, nas práticas cotidianas dos serviços de saúde, do antigo modelo asilar para o atual modelo Psicossocial, sendo este, um modo mais eficaz de prestação de serviços voltados para a saúde mental e para a redução de danos em casos de abuso de substâncias psicoativas. Apesar do mesmo ainda se fazer presente como alternativa no Brasil, os marcos e desenvolvimentos de programas e serviços implantados na última década faz total diferença na vida dos usuários que usufruem deste serviço, a se referir a um modelo de atenção ampliada e voltada para o biopsicosociocultural, levando em consideração todos os fatores que fazem parte da vida do ser adoecido, de forma objetiva e subjetiva, amparando assim, todos os envolvidos e desenvolvendo potencialidades para a melhoria na qualidade de vida e não só, uma cura individual almejada.

Assim, atualmente segundo a análise dos textos acadêmicos, percebe uma significativa evolução em comparação ao antigo modelo, no entanto, ainda se espera um longo caminho para garantir a prestação dos serviços de qualidade como propostos e o surgimento de novas políticas que garantam ainda desenvolvimento no âmbito da saúde mental. Além disso, os artigos discutidos concluem a necessidade de um maior financiamento destinado a saúde mental brasileira, priorizando os cuidados na comunidade, na Atenção Primária à saúde e nos centros de atenção psicossocial nas suas diferentes modalidades. Sabe-se, ainda, da necessidade de problematização e educação permanente para os profissionais desses serviços, de modo que não reproduzam uma assistência nos moldes asilar, mesmo estando em serviços substitutivos.

Em resumo, tem-se como resultados, em relação a necessidade da reforma psiquiátrica, de acordo com os textos analisados, a identificação da necessidade da implantação de uma nova política pública voltada para intervenções comunitárias, multiprofissionais e subjetiva. Além dos marcos principais na primeira década de implementação desta política no Brasil como, processo de desinstitucionalização, redução de financiamentos voltados para hospitais psiquiátricos e maiores gastos voltados para o modelo psicossocial. Modelo este, atualmente em funcionamento no Brasil que, segundo o presente estudo, apesar da reforma e maior aceitação do modelo psicossocial voltado para um cuidado mais subjetivo, o antigo modelo asilar ainda se faz presente de forma alternativa diante de alguns casos e sendo apoiado legalmente pela portaria de consolidação 03 do Ministério da Saúde, a qual acrescenta nos pontos de atenção da rede de atenção psicossocial, os equipamentos do hospital dia e hospital psiquiátrico.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, I. S., CAMPOS, G.W.S. Análise sobre a constituição de uma rede de saúde mental em uma cidade de grande porte. **Ciênc. saúde colet**, v. 24, n. 7, p. 2715-2726, 2017. Disponível:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/kg7bV9C4rS8nxsbf5PCkQmN/?lang=pt>>. Acesso em: 23/04/2022.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BOCCARDO, A. C. S. et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011. Disponível em: < <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14124/15942> >. Acesso em: 13/11/2022.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 6 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2001. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 16/11/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **DAPEReforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 16/11/2022.

BRASIL. **Portaria nº 4.279**, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html >. Acesso em: 16/06/2022.

BRASIL. **Portaria nº 1.600**, de 7 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 16/06/2022.

BRASIL. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html >. Acesso em: 16/06/2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>>. Acesso em: 16/06/2022.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 102**, de 20 de Janeiro de 2022. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0102_21_01_2022.html>. Acesso em: 16/06/2022.

CAMPOS-ONOCKO, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 11, p. 1-5, 2019. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/LKMxbhKYbPHqP8snJjHwsLQ/?lang=pt>>. Acesso em: 220/04/2022.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Rev. esc. enferm USP**, v. 45, n. 3, p. 687-691, Jun, 2011. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/reusp/a/QfTCHCJQHLYQBZ7wC8wZ9sK/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 09/06/2022.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. p. 141-168. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/htjgj/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>>. Acesso em: 09/06/2022.

COUTO, R.; ALBERTI, S. Breve história da Reforma Psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 49-59, jan/dez, 2008. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773005.pdf>>. Acesso em: 01/06/2022.

MACÊDO, S. **Políticas Públicas**: o que são e para que existem, de 16 de novembro de 2018. Disponível em: < <https://al.se.leg.br/politicas-publicas-o-que-sao-e-para-que-existem/> >. Acesso em: 09/06/2022.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 8ª. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2017.

MOURA, M.; LIMA, P. **No Mês da Saúde Mental, senadores pedem políticas públicas para tratamento**. Ag. Senado, de 09 de outubro de 2020. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/10/09/no-mes-da-saude-mental-senadores-defendem-politicas-publicas-para-tratamento-de-transtornos-mentais#:~:text=Programas%20e%20pol%C3%ADticas%20de%20sa%C3%BAde%20mental&text=A%20Lei%2010.216%2C%20de%202001,de%20acordo%20com%20suas%20necessidades>>. Acesso em: 05/10/2022.