

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA

**MUDANÇAS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DECORRENTES DAS POLÍTICAS
DE SAÚDE MENTAL DO PERÍODO DE 2016-2020**

ANA MARIA FERREIRA SOARES

VITÓRIA, ES
2023

ANA MARIA FERREIRA SOARES

**MUDANÇAS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DECORRENTES DAS POLÍTICAS
DE SAÚDE MENTAL DO PERÍODO DE 2016-2020**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Psicologia Social e Saúde

Orientadora: Professora Doutora Teresinha Cid Constantinidis.

VITÓRIA
2023

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

S676m Soares, Ana Maria Ferreira, 1961-
Mudanças na atenção psicossocial decorrentes das políticas de saúde mental do período de 2016-2020 / Ana Maria Ferreira Soares. - 2023. 104 f. : il.

Orientadora: Teresinha Cid Constantinidis.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Política de saúde mental. 2. Direitos humanos. 3. Cuidado. I. Constantinidis, Teresinha Cid. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

ANA MARIA FERREIRA SOARES

**MUDANÇAS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DECORRENTES DAS POLÍTICAS
DE SAÚDE MENTAL DO PERÍODO DE 2016-2020**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em ___/___/2023

Banca Examinadora

Prof^a Dra Teresinha Cid Constantinidis (Orientadora)
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Prof^a Dra Luziane Zacché Avellar (Membro interno)
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Prof^a Dra Adriana Leão (Membro interno)
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Prof^a Dra Maria Inês Badaro Moreira (Membro externo)
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

*“Nada é impossível
de mudar.*

*Desconfiai do mais
trivial, na aparência singelo.*

*E examinai,
sobretudo, o que parece habitual.*

*Suplicamos expressamente: não aceiteis o
que é de hábito como coisa natural, pois
em tempo de desordem sangrenta, de
confusão organizada, de arbitrariedade
consciente, de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural, nada deve
parecer impossível de mudar.”*

Bertold Brecht

Agradecimentos,

Primeiramente, sou grata à Deus por me sustentar até aqui e permitir mais uma conquista.

E com grande carinho agradeço à professora Teresinha, minha orientadora, pelos conhecimentos transmitidos e pelo estímulo nos momentos turbulentos e de dificuldades deste percurso. A você professora, o meu respeito e admiração. Muito obrigada!

Às professoras da banca de qualificação, Dra Luziane Zacché Avellar e Dra Adriana Leão, agradeço pelas contribuições e ensinamentos valiosos para prosseguir na realização da pesquisa.

À família, aos amigos, ao trabalho, agradeço pelo apoio nos momentos de dificuldades e pela compreensão quanto às ausências.

Às minhas filhas, Clara e Carol, sempre carinhosas, dedicadas e compreensivas.

E por fim, agradeço a minha querida irmã Erani, que me inspira, caminha junto comigo e conhece cada pedacinho deste percurso.

Obrigada!

Soares, A. M. F. (2023). *Mudanças na Atenção Psicossocial decorrentes das Políticas de Saúde Mental do período de 2016-2020*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo.

Resumo: Até o ano de 2015 a organização e funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial seguiu uma dinâmica de ampliação de seus dispositivos com fluxos contínuos e regulares de implementação e as mudanças sempre estiveram permeadas nas diretrizes e bases da chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tem como estratégia a atenção psicossocial instituída pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) implicada em uma nova forma, mais ampla e complexa, de cuidar do sofrimento mental pautada em valores éticos, humanos e de respeito. A partir do ano de 2016, incidindo no fluxo e na dinâmica do processo, normativas foram emitidas pelo governo federal com a justificativa de que a área necessita de aprimoramentos. Este trabalho tem como objetivo identificar e analisar as mudanças na atenção psicossocial decorrentes das normativas instituídas pela política de saúde mental do período. Com abordagem qualitativa, o recurso metodológico adotado foi uma pesquisa documental pautada na identificação e análise dos documentos legais do período, que dispõem sobre a reformulação da atenção em saúde mental brasileira, apresentando as mudanças operadas na estrutura e funcionamento em relação ao paradigma da atenção psicossocial. A discussão e análise foi realizada pela sistematização da atenção psicossocial em categorias, com as ações e pontos alterados e as respectivas normativas responsáveis. A identificação das mudanças na atenção psicossocial decorrentes da política de saúde mental do período teve como referência as normativas emitidas no período pelo Ministério da Saúde e Governo Federal. E as repercussões foram analisadas tendo como base documentos de órgãos oficiais como conselhos profissionais, conselhos saúde, conselhos de direitos, associações e afins. Os resultados apontaram para a descaracterização da atenção psicossocial em função das mudanças políticas no período e o comprometimento da atenção psicossocial instituída pela Reforma Psiquiátrica. Ressalta-se a importância de contextualização quanto ao momento político do país no período em estudo, os atores envolvidos e as bases conceituais norteadoras. Pelo teor da pesquisa, das questões levantadas, das discussões, espera-se que o estudo se configure como contribuição na fundamentação das resistências e enfrentamentos das adversidades no campo da saúde mental concorrendo assim para a qualidade da assistência ofertada aos usuários.

Palavras-chave: Saúde mental; Atenção psicossocial; Políticas públicas de saúde; Reforma psiquiátrica.

Soares, A. M. F. (2023). Changes in Psychosocial Care resulting from Mental Health Policies for the period 2016-2020. Masters dissertation. Postgraduation Program in Psychology, Federal University of Espírito Santo.

Abstract: Until 2015, the organization and operation of the Psychosocial Care Network followed a dynamic expansion of its devices with continuous and regular implementation flows and changes were always permeated in the guidelines and bases of the so-called Brazilian Psychiatric Reform. Its strategy is psychosocial care instituted by the principles and guidelines of the Unified Health System (SUS) implied in a new, broader and more complex way of caring for mental suffering based on ethical, human and respectful values. From the year 2016, focusing on the flow and dynamics of the process, regulations were issued by the federal government with the justification that the area needs improvements. This work aims to identify and analyze the changes in psychosocial care resulting from the norms established by the mental health policy of the period. With a qualitative approach, the methodological resource adopted was a documentary research based on the identification and analysis of the legal documents of the period, which provide for the reformulation of Brazilian mental health care, presenting the changes operated in the structure and functioning in relation to the paradigm of psychosocial care . The discussion and analysis was carried out by systematizing psychosocial care into categories, with the actions and points changed and the respective responsible regulations. The identification of changes in psychosocial care arising from the mental health policy of the period was based on the regulations issued in the period by the Ministry of Health and the Federal Government. And the repercussions were analyzed based on documents from official bodies such as professional councils, health councils, rights councils, associations and the like. The results pointed to the mischaracterization of psychosocial care due to political changes in the period and the impairment of psychosocial care instituted by the Psychiatric Reform. It emphasizes the importance of contextualization regarding the political moment of the country in the period under study, the actors involved and the guiding conceptual bases. Due to the content of the research, the questions raised, the discussions, it is expected that the study will be configured as a contribution in the foundation of resistance and confrontation of adversities in the field of mental health, thus contributing to the quality of care offered to users.

Keywords: Mental health; Psychosocial care; Public health policies; Psychiatric reform.

Lista de siglas e abreviaturas:

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas

CAPS IJ - Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNDH - Conselho Nacional de Direitos Humanos

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CONAD - Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

CONANDA - Conselho Nacional da Criança e do Adolescentes

CRP - Conselho Regional de Psicologia

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

ECT - Eletroconvulsoterapia

FBH - Federação Brasileira de Hospitais

MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

MS - Ministério da Saúde

PEC – Proposta de Emenda Constitucional

PEAD - Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas

Pnad – Política Nacional sobre drogas

PNSM - Programa Nacional de Saúde Mental

PVC - Programa de Volta para Casa

RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

REME - Movimento de Renovação Médica

RP - Reforma Psiquiátrica

RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira

RUE – Rede de Urgência e Emergência

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SHR - Serviço Hospitalar de Referência

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SMCA - Saúde Mental da Criança e do Adolescente

SUS - Sistema Único de Saúde

UA - Unidade de Acolhimento

UAA - Unidade de Acolhimento Adulto

UAI - Unidade Acolhimento Infantil

Lista de Quadros:

Quadro I: Lutas e bandeiras da RP no período de 1978-2001

Quadro II: Conferências Nacionais de Saúde Mental

Quadro III: O campo da Atenção Psicossocial no período de 2001-2016

Quadro IV: Equipes de Consultório na Rua no Brasil– Série histórica 2012-2020

Quadro V: Série histórica de CAPS por ano no Brasil, 2002-2020

Quadro VI: Série histórica do número de Caps habilitados no Brasil por Tipo, 2010-2020

Quadro VII: Série Histórica de Unidades de Acolhimento no Brasil 2012-2020

Quadro VIII: Custeio anual das Unidades de Acolhimento por tipo (2017-2021)

Quadro IX: Gastos Federais (Fundo Nacional Antidrogas) com Comunidades Terapêuticas no Brasil, período 2010–2019

Quadro X: Financiamento federal das Comunidades Terapêuticas no Brasil, período 2017-2020

Quadro XI: Série histórica do número de Leitos em SHR no Brasil, período 2013-2020

Quadro XII: Série histórica com número de Leitos SUS leitos em Hospitais Especializados em psiquiatria no Brasil, período 2002-2020

Quadro XIII: Leitos em Hospitais Psiquiátricos por região e UF no Brasil, ano 2020

Quadro XIV: Série Histórica de Serviço Residencial Terapêutico (SRT) no Brasil, período 2013-2020

Quadro XV: Distribuição do SRT nas regiões do Brasil, ano 2020

Quadro XVI: Série histórica do número de beneficiários do Programa de Volta para Casa no Brasil, período 2003-2020

Quadro XVII: Gastos federais em reais do Programa de Volta para Casa no Brasil, 2003–2019

Quadro XVIII – Componentes e pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial instituída pela Portaria Ministerial 3.088/2011

Quadro XIX: Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial no Brasil - dez/2002 a dez/2013

Quadro XX: Demonstrativo das normativas que incidem sobre a Política de Saúde Mental no Brasil, período 2016-2020

Quadro XXI: Documentos de setores não governamentais sobre a política de saúde mental brasileira, período 2016-2020

Quadro XXII: Mudanças na Atenção Psicossocial em função das Políticas de Saúde Mental no período 2016-2020

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INSTITUÍDA PELA RP.....	23
	2.1 Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial - conceitos e significados	24
	2.2 A estrutura da Rede de Atenção Psicossocial.....	35
	2.3 Demandas específicas - Álcool e drogas e Saúde Mental da Criança e do Adolescente (SMCA).....	58
	2.4 Financiamento, políticas públicas e atenção psicossocial.....	60
3	A “NOVA” POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	61
4	OBJETIVOS.....	62
	4.1 Objetivo geral.....	62
	4.2 Objetivos específicos.....	63
5	MÉTODO.....	63
	5.1 Estudo documental.....	64
	5.2 Seleção de materiais e documentos.....	65
	5.3 Análise dos dados.....	66
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	66
	6.1 Identificando as normativas.....	66
	6.2 Significando a mudança - Um olhar sobre a pretensa política de saúde mental..	78
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
	REFERÊNCIAS.....	96

APRESENTAÇÃO

O interesse pelas questões da área de saúde mental, desde o início de minha vida acadêmica e profissional, vem se constituindo em frequente temática nas atividades que desenvolvo. Ao mesmo tempo que me encanto com assuntos como sofrimento psíquico, doença mental e comportamentos, me inquieto com questões relacionadas ao cuidado, o que me aproxima da busca de conhecimentos e compreensão dos porquês ele acontece dessa ou daquela forma.

Enfermeira de formação, a afinidade com o tema atenção psicossocial surgiu no dia a dia de minhas atividades na área de saúde mental, em específico, nos dois hospitais psiquiátricos¹ e nos serviços comunitários de saúde mental² nos quais trabalhei. A necessidade de entender atitudes e cuidados dispensados às pessoas com sofrimento psíquico fez com que me aproximasse do tema.

No entanto, frequentemente recaio na constatação de que conhecer as transformações pelas quais passa o campo da saúde mental ao longo dos tempos, em suas bases processuais, possivelmente viabilizaria a compreensão dessas atitudes. Também percebia no desenvolver de minhas atividades assistenciais que toda atitude, terapêutica ou não, estava diretamente relacionada ao conceito que se tinha a respeito daquela situação.

No caso, o cuidado e tratamento dispensado aos usuários, no hospital psiquiátrico ou no serviço comunitário, mantinham relação e dependência com os conceitos de saúde, doença e tratamentos que se tinham como referência. Posso afirmar que vivenciei os dois modelos de atenção, o hospitalar / asilar e o da atenção psicossocial, e que as bases conceituais de cada um

¹Sanatório Itaperuna no município de Itaperuna e o Hospital Estadual Teixeira Brandão, no município de Carmo, os dois no estado do Rio de Janeiro, no período de 1986 à 2001

²Serviços comunitários - Programa de Saúde Mental do município de Itaperuna, RJ, de 2001 a 2020, como enfermeira admitida por concurso público. Atuando na coordenação do programa com participação na implantação e organização de um CAPS tipo II, um CAPS tipo AD II, um CAPS tipo IJ II, Serviço Residencial Terapêutico com três residências terapêuticas, Programa de Volta para Casa.

se constituíam em referências para a assistência prestada. Pode-se dizer que esses modelos e intervenções concorriam para a construção de políticas públicas e as sustentavam.

Seguindo, me reporto ao período trabalhado em hospitais psiquiátricos em que o cuidado e o tratamento ofertado aos usuários presumiam /se pautavam em conceitos em que a pessoa com transtorno mental era considerada como perigosa, com sua doença hereditária e incurável, sem possibilidades de gerir ou decidir sobre questões desde as mais simples como as rotinas comuns da vida diária, até os atos da vida civil.

Tendo como referência essa forma de compreensão e conceituação, a atitude tomada no tratamento e cuidado dispensados nesse período, eram de natureza custodial, ou seja, prender em celas fortes, amarrar, medicar, isolar, punir. As lembranças desse período me fazem reviver sentimentos desconfortáveis, negativos e de indignação vivenciados mediante ao constatado pelas representações de poder, desumanidade, desigualdades e desassistência que caracterizava os manicômios³.

Meu percurso profissional sempre esteve relacionado à área de saúde mental, implicada diretamente na reformulação da assistência psiquiátrica nas instituições em que atuei. Na primeira, foram dez anos de trabalho – um hospital psiquiátrico privado, conveniado com o SUS (Sistema Único de Saúde), fechado no ano de 1996, o Sanatório Itaperuna, localizado no município de Itaperuna, interior do estado do Rio de Janeiro.

O período trabalhado nesta instituição me possibilitou conviver com uma assistência onde se utilizava como procedimentos terapêuticos quarto forte, eletroconvulsoterapia, contenções físicas sem prescrições e indicações. A terapia medicamentosa era realizada com superdosagens, prescrições SOS - que significa, administrar se necessário, o que dependia de

³Desse tempo me vem à lembrança uma cantiga que ouvia as pacientes em seus devaneios cantarolarem “... o seu doutor tenha compaixão, me tira logo dessa prisão, a campainha já está tocando, é mais um doido que já vem chegando. Lá vem a boia do pessoal, arroz duro, feijão sem sal...”. Era “comum” ver e ouvir os pacientes cantarolando a música, mas reconheço que não é esse o foco maior que me tocava. A música em questão me proporcionava um desagradável incômodo e reconheço que é pelos significados do que a cantiga tratava.

quem e como era avaliada a necessidade. Profissionais em quantidade insuficiente e não capacitados para atender a demanda, ficando o usuário sem passar, por exemplo por consulta médica, por meses e até anos.

Condutas restritivas eram rotinas comuns, como restrições a receber visitas, usar telefones. Correspondências para enviar ou receber tinham que ser previamente autorizadas pela administração. As acomodações dos usuários eram em enfermarias com numerosos leitos, que ficavam muito próximos, sem respeitar o espaço mínimo de uma unidade do usuário - aspecto esse que causava vários transtornos e problemas, como contato físico, conflitos, dificuldade de locomoção, de transitar com macas e cadeiras, entre outros.

Os banheiros não tinham portas e espelhos⁴ e os chuveiros não tinham água quente para o banho, o que se justificava como medida de segurança, para prevenir acidentes e imprevistos. Os usuários usavam uniformes da instituição, sem cuidado adequado, sendo comum quadros de escabiose (sarna) e pediculose. Para este último, a conduta era cortar os cabelos, raspando a cabeça de todos, homens e mulheres, mesmo que involuntariamente. A alimentação de baixa qualidade, em condições precárias de higiene no seu preparo e na dispensação.

Nesse período, estava acontecendo no Brasil discussões e movimentos para a reformulação da assistência em saúde mental. Com base e respaldados nesses movimentos, que respondia aos anseios principalmente de profissionais e pacientes, na instituição participamos de forma ativa do processo, através de reuniões com usuários e familiares e promovendo mudanças de rotinas e condutas. A instituição foi fechada no ano de 1996 e no período que antecedeu o fechamento atuei junto à equipe na desinstitucionalização dos duzentos e quarenta pacientes que ali faziam tratamento.

⁴ Faço parênteses aqui sobre o espelho que se constitui em um dos itens que o hospital psiquiátrico não poderia ter ou deixar o usuário portar com a justificativa expressa de perigo e risco. A partir das mudanças, itens dessa natureza que no modelo hospitalar eram proibidos, de forma gradativa foram sendo inseridos nas rotinas como calendários, relógios e o espelho. Os parênteses são pela lembrança de um usuário, que estava a vários anos na instituição e que quando viu sua imagem refletida no espelho que estava no banheiro, pela primeira vez, se assustou quebrando-o com uma pedra.

Em momento mais adiante, no ano de 2001, como servidora pública do Estado do Rio de Janeiro, lotada no Hospital Estadual Teixeira Brandão, hospital psiquiátrico de grande porte localizado no município de Carmo-RJ, participei do processo desinstitucionalização dos pacientes da instituição com vista ao seu fechamento. Junto e como respaldo ao trabalho de desinstitucionalização, foram implantados no município vários dispositivos de atenção em saúde mental, como CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), residências terapêuticas e leitos de saúde mental em hospital geral.

O período trabalhado nesta instituição me possibilitou a vivência de uma assistência em saúde mental ainda nos moldes mencionados da primeira instituição, mas que no momento estava em franco processo mudança, já respaldado pela legislação instituída, a lei federal 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e reorienta o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001). A instituição funcionava em área rural, afastada a uns sete quilômetros do centro da cidade, Carmo, RJ. Os usuários vagavam pelos campos e pastos, ainda mantinham características institucionalizadas, marcadamente evidenciados nos moldes de pessoas que viveram por longo tempo isoladas, privadas do convívio social e comunitário.

Em seguimento, de volta à saúde mental do município de Itaperuna-RJ, em 2001, como servidora pública, atuei coordenando o programa de saúde mental local. Com base nos pressupostos da reforma psiquiátrica e acompanhando o que ocorria no país na organização de serviços de base comunitária, participei no município da implantação de três CAPS, três residências terapêuticas, do Programa de Volta para Casa, de três leitos de saúde mental no serviço de urgência clínica local. Foi um período de qualificação da saúde mental local, instituindo rotinas, supervisão clínico-institucional e capacitando profissionais. Um trabalho de lógica inversa à manicomial em uma região que durante décadas se utilizou do hospital psiquiátrico como a única forma de tratar em psiquiatria.

E remetendo ao tema, por que a atenção psicossocial e por que políticas públicas?

Por lógica e pelos estudos realizados, entendo que histórias estas que vivenciei e que são vivenciadas por aqueles que de alguma forma tem alguma relação mais próxima com a saúde mental, por si só, são as bases para justificar as mudanças ocorridas na área de saúde mental. E mudanças se faz com políticas públicas que são garantidas e legitimadas pela lei.

Em sua história, a saúde mental se fez ressentir de resultado de políticas elaboradas com o propósito de organizar os serviços, dispositivos e a assistência ofertada aos usuários, mas que, ou não foram cumpridas, ou não foram suficientes e adequadas às reais necessidades daquele que dela dependiam. Por esta ou aquela razão, as consequências no resultado almejado que é o cuidado de saúde mental de qualidade, garantido constitucionalmente, que toda pessoa tem direito de receber, sempre estiveram comprometidos.

Implicada no processo de transformações na área de saúde mental, emerge a atenção psicossocial, um modelo de atenção que veio para substituir o modelo anterior de assistência, hospitalocêntrico e de características manicomial. Em suas bases conceituais e ideológicas, que são as mesmas que a da reforma psiquiátrica, a atenção psicossocial vem se constituindo em referência para a organização da área de saúde mental. E dada a complexidade da área, os desdobramentos de ações, o campo requer atualizações e revisões enquanto processo quanto às questões estruturantes, legais, ideológicas e éticas.

Em torno das questões relatadas envolvendo cuidado, políticas, modelo de atenção, todos na área de saúde mental, é que surge o tema dessa pesquisa, que tem a proposta de no campo da saúde mental brasileira caracterizar a atenção psicossocial instituída pela reforma psiquiátrica sob a tutela das políticas de saúde mental instituídas no período 2016-2020.

O que se pretende é que a partir do estudo da atenção psicossocial que vem sendo estruturada de forma processual tendo como alicerce os pressupostos e paradigmas da RP,

possa contribuir com discussões e reflexões acerca da atenção psicossocial e a política de saúde mental, mais especificamente a legislação do período.

Dessa forma, considero ser relevante a realização desta pesquisa pela perspectiva de contribuir nas discussões sobre a atenção psicossocial, suas peculiaridades e as questões da saúde mental. É fundamental compreender a atenção psicossocial como um modelo em contínua construção dependente de legitimação pelas políticas públicas. No caso, estudos e pesquisas sempre serão necessários, seja em caráter complementar ou preenchendo lacunas de conhecimento.

I INTRODUÇÃO

Na linha do tempo, nas últimas décadas, o campo da saúde mental brasileira tem sido contemplado com mudanças importantes e decisivas. É o processo da Reforma Psiquiátrica (RP), que em suas bases incidem na mudança de um modelo paradigmático hospitalocêntrico e medicalizante para o modelo também paradigmático da atenção psicossocial, em que os novos conceitos do processo saúde-doença tem desdobramentos transformadores nos contextos técnico, assistencial, político, cultural, jurídico e ético da saúde mental (Yasui & Costa-Rosa, 2008).

Decorrentes deste processo contínuo de construção (e desconstrução)⁵ a saúde mental brasileira tem vivenciado um processo de efetivação da rede de atenção psicossocial passando por transformações de natureza política, técnica, humana e social onde se articula com todos os setores e áreas da sociedade alinhada aos princípios da reforma psiquiátrica. Lutando e rompendo com preconceitos e estigmas, a RP é compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais. O Ministério da Saúde (2005) refere que no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais, o processo da reforma avança, mesmo que marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (Brasil, 2005).

O reconhecimento aparece nos materiais científicos e de órgãos oficiais nos quais à saúde mental brasileira é conferido o mérito de ser uma das referências na organização e reestruturação da atenção da área na atualidade, reconhecendo avanços e conquistas alcançados na busca de melhorias e de uma assistência de qualidade. É um processo contínuo sustentado pelas políticas públicas e que manteve sua consolidação por intermédio do Ministério da Saúde

⁵Desconstrução - considero pertinente aqui o termo “des” construção, enquanto para substituir o modelo anterior será necessário intervir com toda uma complexidade de interesses e ideologias nas diversas áreas de conhecimento.

(MS), criando novas portarias e resoluções, ampliando e aumentando a complexidade da rede de serviços (Luzio & Yasui, 2010).

Na visão de usuários e trabalhadores do campo da saúde mental, considerando casos, documentos e literatura da área, a reforma resgatou conceitos e sonhos como liberdade, direitos, cidadania e dignidade, entre outros. Para estes, significou o fim de um sistema perverso e de desrespeito ao direito do outro, onde nem o usuário ou tampouco o profissional tinha voz. A esse respeito, Luzio & Yasui (2010) afirma “tem-se a impressão de que os principais atores estão nos gabinetes ministeriais, produzindo normas e portarias, e não mais nas forças vivas da sociedade, nas instituições e nos serviços, como ativos protagonistas políticos” (p.22).

Passando para a atenção psicossocial, foi instituída como paradigma da reforma psiquiátrica, compreendida como um substitutivo ao modelo asilar (Abilio Costa-Rosa, 2000), com substratos assistenciais, conceituais, éticos, legais. Assim como a reforma visto que tem as mesmas bases, é um campo de natureza social que se estrutura de forma contínua e permanente na produção assistencial, pois sempre virão novos atores e novas questões a serem trabalhadas, se configurando como um contínuo processo. Não se limita somente a mudanças nos serviços de saúde mental, de natureza hospitalar para unidades de base comunitárias. Está implicada em uma nova forma, mais ampla e complexa, de cuidar do sofrimento mental (Yasui, 2009), pautada em valores éticos, humanos e de respeito.

Importante frisar que a atenção psicossocial instituída e estruturada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) da universalidade, integralidade, igualdade, que aplicados à saúde mental vem ocorrendo por um processo de avanços, mas também com algumas dificuldades e resistências (Lei Nº 8.080, 1990). As dificuldades, decorrentes das ações e demandas próprias do processo vão desde a capacitação e qualificação de profissionais, passando por recursos financeiros insuficientes, até a políticas públicas que não respondem às

reais necessidades da população com sofrimento psíquico. Entre os muitos e contínuos avanços estão a implantação de serviços de base comunitária, ações de desinstitucionalização e ações intersetoriais de natureza inclusivas.

No entanto, consta que no recorte temporal aqui pesquisado, a partir de 2016, o governo federal por meio do Ministério da Saúde (MS) vem instituindo medidas e legislação sobre o funcionamento da área de saúde mental que modificam a lógica de cuidado desenvolvida a partir da atenção psicossocial. O estabelecimento dessas mudanças na rede, no decorrer desse período vem se efetivando através de portarias emitidas pelo órgão, as quais em seus conteúdos dispõem de mudanças na disposição e funcionamento dos serviços na área de saúde mental, que até então eram norteadas pelos pressupostos da reforma psiquiátrica.

As medidas incidem sobre procedimentos, financiamento com mudanças na distribuição e redirecionamento de recursos financeiros, composição da rede de atenção psicossocial, organização e lógica da assistência em saúde mental. Por alguns segmentos tais medidas vêm sendo interpretadas como risco para a consolidação da rede de atenção psicossocial instituída pela reforma psiquiátrica, entendendo mesmo como retrocesso relacionados aos avanços alcançados até o momento. Por certo, o campo da saúde mental atravessa um período de alta vulnerabilidade sendo exposto a mudanças que incidem em seu curso, naquilo que vem construindo até o momento.

Assim, a proposta deste trabalho é realizar um estudo documental sobre as mudanças na atenção psicossocial decorrentes das alterações na política de saúde mental no período 2016-2020. A partir da compreensão da atenção psicossocial instituída consonante aos paradigmas da reforma psiquiátrica e pelas políticas desenvolvidas com a promulgação da Lei 10.216, pretende-se caracterizar e compreender a atenção psicossocial mediante as portarias e normativas instituídas no país no período, ou seja, a partir de 2016, constituindo o que vem sendo chamada “Nova” Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Serão discutidas as

mudanças operadas na atenção e cuidado em saúde mental, tendo como referência teórica o paradigma da atenção psicossocial.

Para responder ao problema da pesquisa quanto a discussão e análise da atenção psicossocial instituída pela RP mediante as políticas públicas do período, o estudo está estruturado em seções e subseções produzidas com base planejamento metodológico pensado para a realização da pesquisa.

A primeira seção, uma introdução ao estudo com breve contextualização Reforma Psiquiátrica, da Atenção Psicossocial e das mudanças nas políticas de saúde mental no período. A seção traz a delimitação do problema de pesquisa, e recurso metodológico adotado.

A segunda seção trata da atenção psicossocial instituída pela RP, caracterizando-a em suas bases, diretrizes e estrutura, relacionando-a ao processo da Reforma Psiquiátrica, conhecimento fundamental para a análise das mudanças propostas. Para cumprir a proposta esta parte está constituída de três subseções a saber: Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial com conceitos e significados; a estrutura da Rede de Atenção Psicossocial; Demandas específicas com Álcool e drogas e Saúde Mental da Criança e do Adolescente; e Financiamento, políticas públicas e atenção psicossocial

A terceira seção trata da identificação da chamada nova política de saúde mental a ser instituída pelas normativas e legislação emitidas a partir do ano 2016.

A quarta seção traz o objetivo geral e os objetivos específicos construídos para a pesquisa. Na quinta seção o delineamento da pesquisa e o percurso metodológico planejado, a forma e os caminhos tomados na realização da pesquisa.

Na sexta seção os resultados e discussão com uma primeira seção de identificação das normativas que incidem em mudanças na política de saúde mental no período e a delimitação de tais mudanças. E uma segunda subseção que se propõe a entender o significado dessas mudanças para a atenção psicossocial instituída pela RP.

Por fim a sétima seção, traz considerações com reflexões sobre a tema, resultados, levantando a relevância e contribuições do estudo.

2 A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INSTITUÍDA PELA REFORMA PSIQUIÁTRICA

O que é atenção psicossocial? Esta etapa se propõe entendê-la em suas bases conceituais e significados para sustentar e responder aos questionamentos da pesquisa. Diga-se do seu surgimento, que foi gestada nos trilhos da reforma psiquiátrica como um modelo de atenção idealizado para substituir o modelo anterior, o hospitalar de características asilares. Ressalta-se que, apesar do termo usado, reforma psiquiátrica, não se resume em substituir o hospitalar, mas sim as práticas que o modelo permitiu ao longo dos tempos.

Os materiais pesquisados para explicar a atenção psicossocial trazem falas do tipo “modo psicossocial de ser e de viver”, “estratégia psicossocial”, “paradigma da atenção psicossocial” (Abilio Costa-Rosa, 2000). Nas entrelinhas, parece dizer: respeito, acesso, direito, dignidade, resgate ao negado, significando o que se espera do novo modelo.

Retoma-se sobre a importância do conhecimento de suas bases teóricas e que a partir delas é fundamental um contínuo “vigiar”, pois ao se estruturar um serviço de saúde mental com características comunitárias, a estrutura por si só não garante esse modo de cuidar. Nesse pensar, é possível que nos dias atuais os serviços substitutivos reproduzam ações e atividades práticas não condizentes com a lógica da atenção psicossocial. Partindo da premissa de não ser aqui a proposta, identificar tais ações e explicá-las é tema para um outro estudo ⁶.

⁶Faço um parêntese aqui para uma reflexão a respeito das rotinas dos serviços comunitários que se comprometem apresentando características do modo manicomial. A título de exemplo tomo os CAPS em minha trajetória profissional em que algumas situações e atividades são passíveis de remeter ao questionamento quanto ao risco de estar repetindo o modo asilar em um serviço comunitário:

- Cronogramas estabelecidos sem considerar as necessidades de seus usuários;
- A existência de rotinas com as proibições e permissões que não se ajustam às propostas de tratamento;
- A falta de espaços de discussões em que participem todos os envolvidos;
- Projetos terapêuticos não viáveis por serem construídos em bases não realistas, muitas das vezes sem a participação do maior interessado que é o usuário;
- Oficinas terapêuticas conduzidas com atividades repetitivas e muitas vezes inadequadas, desconsiderando sua indicação, a quem se destina e quem realiza.

Seguindo o fluxo do estudo, nesse momento a proposta aqui é a compreensão e conceituação da atenção psicossocial e entendemos ser pertinente iniciar com alguns apontamentos sobre a RP visto que são conteúdos indissociáveis que caminham na mesma lógica e direção.

2.1 Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial - conceitos e significados

O reconhecimento do campo da saúde mental como uma área da saúde é registrado na literatura a partir de Felipe Pinel estabelecendo o conceito de doença para a loucura, surgindo o manicômio como o local destinado ao tratamento dessas enfermidades. Por mais de um século a área de saúde mental foi se moldando com uma assistência mais direcionada para características asilares e para meios questionáveis de tratamento (Desviat, 2015). No campo da saúde mental os serviços pareciam não acompanhar a evolução de outras áreas da saúde, como visto em tópicos e exemplos anteriores.

Neste contexto, conceitualmente a RP é um processo de viés cultural e social, que transcende às questões clínicas e legais prezando por organizar serviços e ações com características óbvias em qualquer área, mas que para a pessoa com sofrimento mental sempre foram negadas ou colocadas em segundo plano. A natureza social está em suas bases onde as questões relativas a desinstitucionalização demandam profundas e complexas mudanças na sociedade na forma de conviver com a loucura. É consenso na pesquisa que desde o início seus princípios se pautam em produzir um lugar para as pessoas com sofrimento psíquico que não seja o manicômio (Amarante, 2018).

O contexto de início da RP brasileira tem suas bases na reforma sanitária ocorrida no país a partir dos anos 70 e que surgiu como movimento social que persiste até o momento atual, movimento de organização social e civil do país contra a ditadura militar. A natureza do movimento tem como bases reivindicações e lutas por qualidade de vida, mudanças de conceitos, igualdade e cidadania, o que explica seu caráter permanente e contínuo,

diferenciando-o de outros movimentos sociais que são pontuais, como os que reivindicam ganhos materiais, como exemplo (Amarante, 1997).

Sistematicamente e de acordo com a pesquisa, o início entre os anos 1978 e 1980 através de movimentos, instituições, entidades e militâncias envolvidas com a formulação de políticas de saúde mental no país como o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Comissões de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos, Movimento de Renovação Médica (REME), a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a indústria farmacêutica e as universidades (Amarante, 2010).

O contexto foi o episódio conhecido como a crise do DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental) em que profissionais de quatro unidades no Rio de Janeiro o Centro Psiquiátrico Pedro II, o Hospital Pinel, a Colônia Juliano Moreira, e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho deflagram uma greve em 1978. Outros episódios se somaram a este como a denúncia pelos médicos do pronto socorro do Centro Psiquiátrico Pedro II sobre as irregularidades e condições precárias da assistência em saúde mental nos hospitais psiquiátricos (Amarante, 2010).

Notoriamente, o ocorrido tornou-se público e recebeu o apoio imediato do Movimento de Renovação Médica (REME) e da CEBES. Dessa forma surgiu o MTSM que constituiu-se em um espaço de debate e encaminhamentos de propostas de transformação na assistência no campo da saúde mental (Amarante, 2010).

Concomitante e em sequência, iniciativas e outros movimentos ocorreram demonstrando que a reforma pretendida era possível e exequível sendo dada publicidade à precariedade do modelo hospitalar de assistência, com adesão de vários segmentos da sociedade. Assim, o debate sobre a loucura saía do interior dos muros do hospício para o domínio público. A loucura / doença mental deixava de ser objeto de interesse e discussão

exclusiva dos técnicos e alcançava as principais entidades da sociedade civil (ABI, OAB, CNBB, etc), e a grande imprensa, que noticiava, com destaque e ininterruptamente por cerca de quase um ano, as condições relativas aos hospitais psiquiátricos e às distorções da política nacional de assistência psiquiátrica: a “questão psiquiátrica” tornara-se uma questão política (Amarante, 1997). Pode-se afirmar que as repercussões do movimento inicial (MTSM) contribuíram no significado e na sequência do processo.

Teve início um processo de transformações na área de saúde mental que podemos afirmar é vigente até os dias atuais. Ressalta-se a importância de políticas públicas consonantes às mudanças reivindicadas. Portarias e normativas foram sendo emitidas para garantir o processo. Um contínuo de fatos e eventos a partir de registros de situações identificadas como pontos importantes e com necessidade de intervenção para as mudanças pretendidas.

A seguir é apresentado um quadro demonstrativo de ações e movimentos, considerados como verdadeiras bandeiras que representam e significam a exequibilidade da RP brasileira.

Quadro I: Lutas e bandeiras da RP no período de 1978-2001

Ano	Ações	Significados e repercussões
1978	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM	Costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos das pessoas com problemas psiquiátricos em nosso país.
1986	VIII Conferência Nacional de Saúde	Marco histórico na luta pela construção do Sistema Único de Saúde.
1987	II Congresso Nacional do MTSM em Bauru, SP	Com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Propôs a mudança das premissas teóricas e éticas da assistência psiquiátrica.

1987	I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro	Com a temática Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.
1987	Surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo	Iniciativa de serviço extra-hospitalar
1989	Intervenção, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, SP, em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes.	Com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. - São implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. - Neste período são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações.
1989	Dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado do partido dos trabalhadores, MG	Propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

1990	Criação do Sistema Único de Saúde - SUS	Com a constituição de 1988, o SUS é formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos Conselhos Comunitários de Saúde.
1990	Declaração de Caracas	Sobre a reestruturação da atenção psiquiátrica na região que implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços.
1992	II Conferência Nacional de Saúde Mental	Com a temática rede de atenção em saúde mental; transformação e cumprimento de leis; direito à atenção e direito à cidadania.
1992	Portaria 224	Estabelece normas e diretrizes para o funcionamento e organização da área de saúde mental, nas áreas ambulatorial e hospitalar.
2000	Portaria 106	Criação do Serviço Residencial Terapêutico, dispositivo importante nas estratégias de desinstitucionalização.
2001	Sancionada Lei Federal 10.216	Substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo, não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Fonte: Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil (Saúde, 2005)

São pontuados no período ações desenvolvidas no campo da saúde mental demonstrando o afirmado quanto a ser um processo de natureza social incidindo e requerendo

atuação de diversas áreas. Ressalta-se que o recorte temporal tomado não significa findar as ações reformistas e que o período a partir do ano 2001 será apresentado quando tratado sobre estrutura da rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O primeiro item do quadro, o MTSM, que em variados campos de luta protagoniza a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e constrói coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2005).

E consonante à proposta da RP, registra-se que na década de noventa vários estados brasileiros, inspirados no Projeto de Lei Paulo Delgado, aprovaram as primeiras leis determinando a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Nesse período passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos, pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e na I Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2005).

Nesse sentido, a Portaria 224 passou a regulamentar os novos serviços de atenção diária mesmo que ainda não determinando uma forma específica financiamento para estes. Também são instituídas as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Registra-se ao final desta década no Brasil funcionando 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005).

No caso, o último item do quadro, a Lei 10.216/2001, chamada de lei da reforma psiquiátrica, veio para consolidar e conferir legalidade ao processo mesmo não sendo aprovada em seu projeto original e inclusive em uma das proposições mais importantes, a extinção

progressiva dos hospitais psiquiátricos. Nos seus termos dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Em seus artigos tratam de questões importantes como os direitos das pessoas com transtornos mentais, da internação psiquiátrica com sua indicação e tipos, do modelo assistencial determinando a característica comunitária dos serviços e estabelece responsabilidades na atenção à pessoas em condições de institucionalização (Brasil, 2001).

Isto remete à uma questão importante e estratégica no processo que é a desinstitucionalização, abordada no artigo 5º da lei ⁷, que por si só explica as transformações no campo da saúde mental. Em sua complexidade o conceito transcende o sair do manicômio, de desinternar, de sair da instituição. Sobre a desinstitucionalização, Rotelli (2019) fala de produção de estruturas que substituam a internação no hospital psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados (Rotelli et al., 2019)

Pensando o contexto de lutas e movimentos e ao que se propõe, uma das explicações conceituais situa a RP como um processo contínuo em que as transformações sociais, culturais e assistenciais que envolve a tantas áreas quanto for necessário para transformar a relação que a sociedade e as instituições têm com a loucura tendo como princípio o combate aos estigma e a segregação da pessoa (Amarante, 1997).

Há os que consideram que dificuldades são próprias da área de saúde mental, comprovadas nos históricos em que as mudanças sempre demandaram de dificuldades e tempo maior que em outras áreas. Sobre o tema, Almeida (2019) afirma que esse processo não acontece isento de dificuldades, apesar que desde o seu início confrontou-se com inúmeras

⁷Art. 5o O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (Lei 10.216, 2001).

resistências. A lei de saúde mental, por exemplo, proposta em 1989, só foi aprovada em 2001, mas, ao longo de mais de 30 anos, foi sempre possível construir os consensos políticos necessários para assegurar a continuidade da política inicial.

Referente a lutas no processo da RP destaca-se a importância da realização das conferências de saúde mental, considerando se constituir em dispositivos fundamentais de participação, controle social, debate e síntese democrática de diretrizes políticas. Nesse sentido, a I Conferência de Saúde Mental brasileira realizada no ano de 1987 cumpriu estrategicamente o papel de dar continuidade ao processo da RP, iniciado na década de 70, na definição de estratégias para sua implementação a partir dos anos 80, em interlocução com experiências já em implantação em diversos países do mundo (Brasil, 2002).

Nesta primeira conferência, ficou claro o impasse do modelo médico-psiquiátrico centrado no hospital, considerado ineficaz e oneroso para os usuários e a sociedade, violando os direitos humanos fundamentais. Importante frisar a realização desta conferência no contexto dos princípios e diretrizes da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, considerada marco histórico no campo da saúde e da construção do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2002).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 1992, teve como indicador de mudança a participação efetiva dos usuários na realização dos trabalhos de grupo, nas plenárias, nos debates e tribunas livres; o aprofundamento das críticas ao modelo hegemônico e formalização de um esboço de um novo modelo assistencial, significativamente diverso, não só na lógica, conceitos, valores e estrutura da rede de atenção, mas também na forma concreta de lidar com as pessoas com a experiência de transtornos mentais, a partir de seus direitos de cidadania (Brasil, 1992).

Por pertinência, mesmo que em recorte temporal diverso do tratado no quadro, aqui a III Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em Brasília, em dezembro de 2001, após menos de um ano da aprovação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Nesta

conferência, o tema central das discussões “Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social” estava solidamente vinculado ao tema mundial proposto pela Organização Mundial da Saúde para o ano de 2001 “Cuidar, sim. Excluir, não”, afirmativo de uma ética e de uma direção fundamentais para o campo da atenção psiquiátrica e em saúde mental (Brasil, 2002).

Nesta conferência os debates se organizaram em subtemas como financiamento; recursos humanos; controle social, e acessibilidade, direitos e cidadania. Por avaliação, esta conferência representou um inequívoco fortalecimento do consenso em torno da proposta da RP, com toda a sua pluralidade e diversidade interna, elaborando propostas e estratégias para efetivar e consolidar um modelo de atenção em saúde mental totalmente substitutivo ao manicomial - humano, de qualidade e com participação e controle social (Brasil, 2002).

Em 2010 foi realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, pela primeira vez de caráter intersetorial, permitiu a convocação não só dos setores diretamente envolvidos com as políticas públicas, mas também de todos aqueles que com indagações e propostas a fazer sobre o tema da saúde mental considerado um avanço em relação às conferências anteriores (Brasil, 2010).

O quadro a seguir é um demonstrativo das primeiras quatro conferências nacionais realizadas no país e suas respectivas temáticas.

Quadro II: Conferências Nacionais de Saúde Mental

<i>1ª CNSM</i>	2ª CNSM	3ª CNSM	4ª CNSM
<i>1987</i>	1992	2001	2010
<i>Tema:</i> ➤ <i>Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre</i>	<i>Tema:</i> ➤ Rede de atenção em saúde mental;	<i>Tema:</i> ➤ “Cuidar, sim. Excluir, não”	<i>Tema:</i> ➤ Saúde Mental, direito e compromisso

<p><i>saúde e doença mental;</i></p> <p>➤ <i>Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental;</i></p> <p>➤ <i>Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.</i></p>	<p>➤ Transformação e cumprimento de leis;</p> <p>➤ Direito à atenção e direito à cidadania.</p>	<p>➤ Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social.</p>	<p>de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios.</p>
---	---	---	---

Fonte: (Ministério da Saúde, 2010)

Seguindo, falar da atenção psicossocial é explicar a constituição da área de saúde mental em toda a complexidade que o tema exige. Não diz respeito somente a estrutura dos serviços, ou dos programas, ou seja, é entender o como, o porquê e o para quê existem. Pode-se dizer que a atenção psicossocial surgiu da necessidade de um modelo de propostas para substituir e se contrapor ao modelo anterior, o modelo hospitalar (Amarante, 2010).

Historicamente foram mais de dois séculos de manicômios com tratamentos e procedimentos dispensados às pessoas com sofrimento psíquico como forma de cuidado e que estavam longe da ter função terapêutica. Os procedimentos se reduziam a contensões no mínimo abusivas, maus-tratos, super medicação e em outros contextos a falta de medicamentos, punições, celas, quarto fortes, choques elétricos. E intrínseco a estes procedimentos, o poder exercido sobre os usuários era o referencial para a dinâmica desses serviços revelado nas normas, rotinas e nas relações estabelecidas. É vasta a literatura e materiais científicos sobre esse período e as condições de funcionamento dessas unidades (Amarante, 2010).

Tomamos este contexto para chegar a atenção psicossocial buscando conceitos e significados para o campo. Anteriormente vimos que com a RP, movimentos sociais e científicos e vários campos teóricos demandaram em transformações e um início do contínuo

de elaboração das práticas do modo psicossocial. A compreensão desse processo dada a sua complexidade requer aprofundamento e estudos em diversos campos teóricos, assistenciais e políticos (Abílio Costa-Rosa, 2000).

Sob esse olhar, o significado de reforma transcende ao conceito de acabar com os hospitais psiquiátricos, mas sobretudo mudanças nas atitudes, saberes e posturas. O manicômio, por questões estruturais, é o espaço de maior expressão a que se atribui a ocorrência dessas relações de poder, de exclusão, de limites, intolerâncias, violências, constantes na história da assistência psiquiátrica. Ressalte-se que essas atitudes ocorrem ainda em espaços assistenciais e até mesmo nas relações sociais. Sob essa lógica, subentende-se que as mudanças reivindicadas, sejam elas estruturais, administrativas ou legais tenham sua base nas mudanças de conceitos de saúde (Amarante, 1994).

E ainda, pensando a atenção psicossocial como um campo de transformações que visam a mudança do modelo assistencial, importa aqui enfatizar que o processo não está reduzido a reformulação dos serviços ou às mudanças em suas estruturas. Essas mudanças assim como a superação do modelo manicomial devem ser vistas como desdobramentos dos princípios e estratégias de reformistas. Esta visão reafirma a reforma e a atenção psicossocial não como um sistema fechado e acabado, e sim como um processo que caminha e se transforma permanentemente com novas estratégias de enfrentamento para as novas situações que vão surgindo (Amarante, 2013).

Um processo social complexo de dimensões simultâneas e interligadas nos campos teórico-conceitual, técnico assistencial, jurídico político, e sociocultural, a atenção psicossocial é a proposta paradigmática do processo da RP que rompe com a forma de compreender e cuidar do sofrimento psíquico anteriormente centrado na doença passando a formular cuidado e tratamento direcionando o olhar para o sujeito, para a pessoa e para a vida (Yasui et al., 2018). Para Yasui et al. (2018), o cuidado é construído e formulado segundo a seguinte perspectiva:

(...) é um ensaio que encarna diferentes planos: práticas diversas construídas em diálogo entre distintos núcleos de saberes, ferramentas teórico-conceituais a partir da desconstrução e desnaturalização dos fundamentos do modo hegemônico médico, formulação de política, apostas em modos diversos de fazer andar a vida (p. 3).

Os apontamentos registrados até o momento se pautam em caracterizar a atenção psicossocial como um campo de atenção indissociável da RP enquanto entendida como um processo que se realiza ao mesmo tempo e norteado pelos mesmos pressupostos e bases paradigmáticas. A partir destas considerações o estudo se direciona ao conhecimento da base estrutural deste campo que vem sendo construído com a proposta de mudanças relacionadas aos paradigmas do modelo anterior.

2.2 A estrutura da Rede de Atenção Psicossocial

Vimos até aqui o surgimento, conceitos e base da atenção psicossocial. E para chegar ao foco desse trabalho tomamos como base a estrutura da área no período. Intencional e exaustivamente ressaltamos que o campo em sua estrutura não se reduz a serviços. Pode-se afirmar que envolve ações, incluindo serviços, que visam a mudança do modelo pautadas nas bases da reforma. Portanto, a RAPS aqui apresentada vem sendo construída há pelo menos três décadas com base nos pressupostos da reforma psiquiátrica, surgindo no âmbito estrutural e assistencial através de dispositivos que vem sendo implantados e implementados.

Dessa forma é que legitimados pela lei federal 10.216 e com o objetivo de atender de forma legal as propostas da RP, dispositivos de atenção em saúde mental como as residências terapêuticas, os CAPS e o Programa de Volta para Casa são criados e expandidos em todo o território brasileiro. Note-se que a lei federal data do ano de 2001, mas que mesmo antes de sua promulgação, algumas ações e serviços aconteceram, mostrando ser exequível o processo (Brasil, 2005).

O quadro III é um demonstrativo de ações, incluindo serviços instituídos, do campo da atenção psicossocial no recorte temporal 2001-2016. No período, linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. Com ressalvas quanto às dificuldades, o período é de expansão da atenção psicossocial em termos de ações e serviços (Brasil, 2005).

Quadro III: O campo da Atenção Psicossocial no período de 2001-2014

Ano	Ações	Disposições
2001	Lei Federal 10.216	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
2001	III Conferência Nacional de Saúde Mental	Com o lema “Cuidar sim. Excluir, não” - Na temática Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social. - A política de saúde mental alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.
2002	Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002	Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.
2002	Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002	Estabelece as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial que 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; normatiza o funcionamento destes dispositivos.
2002	Portaria SAS nº 189, de 20 de março de 2002	Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS procedimento realizados por Centro de Atenção Psicossocial.
2002	Portaria GM nº 816, de 30 de abril de 2002	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios.
2002	Portaria GM nº 1.467, de 14 de agosto de 2002	Constitui, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde, Comissão de Análise e Acompanhamento do Processo de Classificação Hospitalar em Psiquiatria, destinada a avaliar permanentemente o processo de supervisão e reclassificação hospitalar, apreciar recursos quanto às classificações realizadas, propor aperfeiçoamentos no sistema de avaliação, acompanhar a etapa de reestruturação dos hospitais psiquiátricos públicos, privados e filantrópicos.
2002	Portaria GM nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002	Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias e voluntárias de acordo com o disposto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da comunicação de ocorrência destas ao Ministério Público pelos

		estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.
2003	Portaria GM nº 457, de 16 de abril de 2003	Institui, no âmbito do Ministério da Saúde alocado na área técnica de SM/SAS, Grupo de Trabalho para estabelecer diretrizes para a Política de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde.
2003	Decreto de 28 de maio de 2003	Institui Grupo de Trabalho Interministerial para, no prazo de noventa dias contados a partir de sua instalação, avaliar e apresentar propostas para rever, propor e discutir a política do Governo Federal para a atenção a usuários de álcool.
2003	Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003	Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.
2003	Portaria GM nº 1.946, de 10 de outubro de 2003	Cria Grupo de Trabalho destinado a elaborar proposta de constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes.
2003	Portaria GM nº 2.077, de 31 de outubro de 2003	Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.
2004	Portaria GM nº 52, de 20 de janeiro de 2004	Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS.
2005	Portaria nº 245, de 17 de fevereiro de 2005	Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências.
2009	Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009	Institui Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD).

2010	IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial	Com o tema - Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios.
2010	Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010	Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.
2010	Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas, 24 horas, CAPS AD III.
2011	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.
2011	Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011	Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos.
2011	Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011	Estabelece novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial,
2012	Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012	Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.
2012	Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012	Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do

		uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.
2012	Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012	Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.
2012	Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012	Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.
2012	Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012	Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).
2014	Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014	Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.

Fonte: Legislação em Saúde Mental (Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva & Saúde, 2004) e Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil (Saúde, 2005)

Destaca-se aqui, a instituição em da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da Portaria 3.088, de 23 de dezembro. A portaria, nos seus termos, institui a RAPS no âmbito do Sistema Único de Saúde com a finalidade de 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.

Implicada nas bases conceituais da reforma, a RAPS tem como diretrizes em seu funcionamento garantir a autonomia e a liberdade das pessoas, a equidade, combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, desenvolvimento de estratégias de redução de danos; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado e desenvolvimento da lógica do cuidado tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (Brasil, 2011).

De acordo com a portaria os pontos de atenção da rede que devem funcionar de forma articulada e atrelados à suas diretrizes e objetivos da saúde mental são a atenção básica à saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. A implantação, implementação desses pontos obedecem a critérios populacionais e epidemiológicos e os passos para sua operacionalização estão descritos na portaria (Brasil, 2011).

O primeiro ponto de atenção, a atenção básica em saúde, é formada pela Unidade Básica de Saúde, pelas equipes de atenção básica para populações específicas e pelos Centros de Convivência. As unidades básicas são serviços que se responsabilizam pela 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 com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Os Centros de Convivência são unidades públicas

onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade (Brasil, 2011).

As equipes de atenção básica para populações específicas são as Equipes de Consultório na Rua formadas por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua como pessoas com transtornos mentais e usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos. Ainda nesse ponto a Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório que oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde (Brasil, 2011).

Quadro IV: Equipes de Consultório na Rua no Brasil– Série histórica 2012-2020

Ano	Número de Equipe de Consultório na rua
2012	54
2013	88
2014	126
2015	144
2016	157
2017	173
2018	181
2019	187
2020	169

Fonte: (Weber, 2021)

O segundo ponto é a atenção psicossocial especializada, formada pelos CAPS nas suas diferentes modalidades que são definidas inicialmente pela Portaria nº 336 que estabelece que poderão constituir-se nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. São dispositivos ambulatoriais, de natureza jurídica pública funcionando sob a lógica do território, considerados estratégicos

na atenção psicossocial, se responsabilizando pelo atendimento de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras substâncias, que se encontram em situações de crise ou em processos de reabilitação psicossocial (Brasil, 2002).

A vinculação do cuidado ao território cumpre papel e tem significados importantes na assistência prestada, não estando meramente limitado a espaço geográfico. Território vem como pressuposto no funcionamento dos serviços da atenção psicossocial porquanto entendido como a dinâmica real das relações que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura. Atenção no território não tem o mesmo significado que atenção na comunidade. Sobre este aspecto nem sempre a assistência prestada na comunidade é uma assistência de lógica territorial. Nesse sentido, Amarante (1994) descreve o trabalho no território como um trabalho de reprodução de vida, de subjetividades, não somente um trabalho de construção ou promoção de saúde mental (Amarante, 1994).

Os CAPS se responsabilizam pelo cuidado aos usuários em sofrimento psíquico grave e persistente, que se dá por meio da construção e implementação de projetos terapêuticos com a participação e envolvimento da equipe, família e o usuário. No cuidado as atividades são prioritariamente em espaços coletivos como grupos, assembleias de usuários, reuniões, de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes (Brasil, 2004).

Entendendo a lógica da atenção psicossocial que visa o fortalecimento das ações inclusivas e a expansão dos serviços de características principalmente comunitárias, o Quadro V apresenta uma série histórica de expansão dos CAPS no país:

Quadro V: Série histórica de CAPS por ano no Brasil, 2002-2020

Ano	Número de CAPS	Incremento (novos CAPS)
2002	424	

2003	500	76
2004	605	105
2005	738	133
2006	1.010	272
2007	1.155	145
2008	1.326	171
2009	1.467	141
2010	1.620	153
2011	1.742	122
2012	1.938	196
2013	2.079	144
2014	2.022	143
2015	2.350	128
2016	2.484	134
2017	2.583	99
2018	2.613	30
2019	2.601	78
2020	2.785	94

Fonte: (Weber, 2021)

E o Quadro VI informa o número de CAPS habilitados por tipo no Brasil:

Quadro VI: Série histórica do número de CAPS habilitados no Brasil por Tipo, 2010-2020

<i>Ano</i>	Caps I	Caps II	Caps III	Caps IJ	Caps AD	Caps AD III	Total
2010	712	383	57	126	190	1	1.469
2011	719	403	65	147	201	6	1.601
2012	873	437	73	172	231	29	1.815
2013	953	447	81	188	2562	47	1.972
2014	1.044	456	88	200	274	68	2.130
2015	1.118	470	94	209	289	85	2.265
2016	1.184	490	100	226	304	104	2.408
2017	1.240	502	106	240	316	110	2.514

2018	1.257	507	107	248	316	111	2.546
2019	1.313	515	112	256	319	121	2.636
2020	1.366	526	121	274	331	128	2.746

Fonte: (Ministério da Saúde, 2022)

O que diz respeito aos recursos humanos, os CAPS devem disponibilizar equipe multiprofissional especializada em saúde mental durante todo o horário de funcionamento, e devem ser compostos obrigatoriamente por enfermeiro, médico psiquiatra, técnicos/auxiliares de enfermagem e profissional administrativo, e outras categorias profissionais como psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, arte terapeuta, que devem integrar a equipe conforme projeto técnico institucional do serviço, em conformidade com as singularidades epidemiológicas e socioeconômicas de cada região (Brasil, 2022).

O terceiro ponto da RAPS é a atenção de urgência e emergência, formada pelo SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e Unidades Básicas de Saúde, entre outros. Devem se articular com os CAPS, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado (Brasil, 2011).

O quarto ponto é o da atenção residencial de caráter transitório, formada pela Unidade de Acolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial. A Unidade de Acolhimento (UA), implantadas nas modalidades adulto (UAA) e infantil (UAI), funciona nas vinte e quatro horas por dia é destinada à demanda de cuidados em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento

terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses. O usuário é inserido nestas unidades por meio dos CAPS (Brasil, 2012) .

Ainda sobre as UA, devem estar inseridas na comunidade para favorecer a interlocução com os recursos comunitários imprescindíveis para que as pessoas com problemas em decorrência do uso nocivo e dependência de drogas possam desenvolver outros projetos de vida, mediados pelos profissionais de referência do CAPS e da UA (Brasil, 2022).

A seguir o Quadro VII apresenta série histórica de UA no Brasil considerado a partir do ano da portaria de sua criação.

Quadro VII: Série Histórica de Unidades de Acolhimento (UA) no Brasil 2012-2020

Ano	Unidade de Acolhimento Adulto (UAA)	Unidade de Acolhimento Infantil (UAI)	Total
2012	9	1	10
2013	12	2	14
2014	21	13	34
2015	28	20	48
2016	35	21	56
2017	38	22	60
2018	39	22	61
2019	42	25	67
2020	46	26	72

Fonte: (Weber, 2021)

E o Quadro VIII, o demonstrativo de custeio anual das Unidades de Acolhimento por tipo no período de 2017 a 2021.

Quadro VIII: Custeio anual das Unidades de Acolhimento por tipo (2017-2021)

Custeio anual(R\$)	UAA	UAI	Subtotal geral
2017	11.100.000	7.560.000	18.660.000
2018	11.400.000	7.560.000	18.960.000

2019	12.600.000	8.640.000	21.240.000
2020	13.500.000	9.000.000	22.500.000

Fonte: (Agenda mais SUS, 2022)

Neste ponto também estão incluídos os Serviços de Atenção em Regime Residencial, dos quais cita-se as Comunidades Terapêuticas (CT) que são serviços destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Brasil, 2012).

Na pesquisa realizada, não foram localizados dados oficiais sobre o número de CT, a informação é que funcionam no Brasil há algumas décadas, com intensificação de seu número no país a partir dos anos 1990. Em 2011 foi incluída oficialmente na RAPS pela Portaria nº 3.088 e a Portaria nº 131 de 2012 instituiu incentivos financeiros para apoio a atenção de caráter residencial de caráter transitório, incluindo a CT. Sua inclusão na RAPS fomentou discussões a respeito de sua definição, questionamentos sobre sua regulamentação, sobre a qualidade dos serviços que oferecem e as várias denúncias de violações de direitos; sobre como devem, ou mesmo se devem, ser caracterizadas no sistema de saúde; sobre o nível de supervisão a que devem ser submetidas; sobre suas fontes de financiamento, particularmente se devem ou não ter acesso a financiamento público (Fiore & Rui, 2021).

Abaixo, o Quadro IX apresenta uma estimativa do montante do financiamento público federal das CT em reais de 2019, isto é, já considerada a inflação entre 2010 e 2019.

Quadro IX: Gastos Federais* (Fundo Nacional Antidrogas) com Comunidades Terapêuticas no Brasil, período 2011–2019

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Em reais	14,27	15,61	82,76	104,79	95,09	71,75	68,47	119,58	70,41

Em reais de 2019	22,78	23,40	117,19	140,10	119,48	81,24	73,13	124,06	70,41
Em dólar	7,61	7,64	35,33	39,45	24,35	21,96	20,70	30,86	17,47

Fonte: (Weber, 2021)

Nota: *em milhões

Na pesquisa, Weber (2021) refere que desde 2010 as CT(s) recebem financiamento por meio de editais do setor de justiça e do governo federal para tratamento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e drogas mesmo que as publicações apontem para distorções na compreensão deste recurso de tratamento por diversos segmentos da sociedade.

Complementando sobre o financiamento das CT(s), de acordo com a Agenda mais SUS (2022) a tendência provável de crescimento dos investimentos do governo federal nas CT(s), faz do equipamento o eixo principal de cuidado a quem faz uso prejudicial de álcool e drogas. A tendência de crescimento de investimentos é demonstrada no Quadro X que apresenta o financiamento federal das CT(s) no Brasil, 2017-2020:

Quadro X: Financiamento federal das Comunidades Terapêuticas no Brasil, 2017-2020

Ano	Custeio anual (R\$)
2017	R\$ 44.279.350
2018	R\$ 39.322.896
2019	R\$ 104.853.477
2020	R\$ 105.216.538

Fonte: (Agenda mais SUS, 2022)

O quinto ponto é a atenção hospitalar, formada por enfermagem especializada em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência (SHR). Aqui a modalidade de cuidado se orienta nos preceitos da Lei nº 10.216 acolhendo os usuários em regime de curatíssima ou curta

permanência. O cuidado ofertado no âmbito da enfermagem deve estar articulado com o projeto terapêutico do serviço de referência do usuário (Brasil, 2011).

O SHR deve prever a avaliação diagnóstica e discriminação de patologias somáticas e/ou psiquiátricas, manejo de situações de crise e/ou vulnerabilidade extrema que representem risco de vida para o usuário e/ou a outrem. O tratamento é focado no manejo da crise aguda, pelo tempo mínimo necessário, sempre atentando para oferta do melhor cuidado, com segurança e proteção do paciente (Brasil, 2012).

A seguir, série histórica do SHR implantados no Brasil a partir do ano de 2013 nos termos da Portaria ministerial nº 148 de 2012:

Quadro XI: Série histórica do número de Leitos em SHR no Brasil, 2013-2020

Ano de referência	Quantitativo de leitos
2013	747
2014	943
2015	1.067
2016	1.240
2017	1.412
2018	1.550
2019	1.750
2020	1.927

Fonte: (Weber, 2021)

Neste ponto de atenção da RAPS instituída pela Portaria ministerial nº 3.088 de 2011 destaca-se que a atenção hospitalar não tem em sua estrutura o componente Hospitais Especializados em Psiquiatria ou Hospital Psiquiátrico. Pertinente aqui por se tratar de internação e que os Hospitais Especializados em Psiquiatria no processo da RP vem sendo alvo de ações de desinstitucionalização e redução de leitos. Como referência para a afirmativa anterior e demonstrativo do processo, o Quadro XII apresenta série histórica com número de leitos em Hospitais Especializados em psiquiatria no Brasil no recorte temporal de 2002-2020.

Por certo, se constitui em um dos componentes estratégicos para avaliação das ações desenvolvidas e para o planejamento daquelas a serem desenvolvidas.

Quadro XII: Série histórica com número de Leitos SUS leitos em Hospitais Especializados em psiquiatria (Hospitais Psiquiátricos) no Brasil, 2002-2020

Ano	Número de leitos
2002	51.393
2003	48.303
2004	45.814
2005	42.076
2006	39.567
2007	37.988
2008	36.797
2009	34.601
2010	32.735
2011	32.284
2012	29.958
2013	28.248
2014	25.988
2015	22.536
2016	19.624
2017	17.559
2018	16.091
2019	14.305
2020	13.929

Fonte: (Weber, 2021)

E o Quadro XII apresenta o demonstrativo do quantitativos de Hospitais Psiquiátricos com seus respectivos quantitativos de Leitos SUS existentes no Brasil no ano de 2020, distribuídos por região:

Quadro XIII: Leitos em Hospitais Psiquiátricos por região e UF no Brasil, 2020

Região	Hospitais Psiquiátricos	Leitos SUS
Centro-Oeste	11	945

Norte	2	81
Nordeste	25	3.200
Sul	22	2.944
Sudeste	52	6.759
Brasil	112	13.929

Fonte: (Weber, 2021)

No sexto ponto de atenção da RAPS estão as estratégias de desinstitucionalização, formada pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e pelo Programa de Volta para Casa (PVC). Destinado às pessoas com história de longas internações psiquiátricas por meio de estratégias substitutivas visando o cuidado integral na perspectiva de promover a autonomia e inclusão social (Portaria nº 3.088, 2011). Reafirma-se aqui sobre a importância destes componentes e que a Lei 10.2016 prevê que o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida (Brasil, 2001).

As residências terapêuticas foram instituídas e criadas pela portaria ministerial 106 no ano de 2000 em resposta às necessidades de local de residir para os usuários desinternados dos hospitais psiquiátricos sob a tutela do processo de desinstitucionalização. Note-se que sua criação antecedeu a promulgação da lei federal 10.216 que posteriormente a legitima. Funciona como alternativa para pessoas com problemas relacionados a moradia em que o suporte familiar ou comunitário não é suficiente para atender a esta necessidade. Dessa forma, além de acolher pessoas com história longas internações psiquiátricas, também se constituem em apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia (Brasil, 2004).

Desde 2011 que os SRT são classificados em tipo I e tipo II considerando a equipe necessária que é constituída em função das condições de dependência dos residentes/moradores

(Portaria nº 3.090, 2011). A seguir o Quadro XIV apresenta série histórica do Serviço Residencial Terapêutico, tipo I e tipo II no Brasil no recorte temporal 2013-2020:

Quadro XIV: Série Histórica de Serviço Residencial Terapêutico (SRT) no Brasil, período 2013-2020

Ano	SRT tipo I	SRT tipo II	Total
2013	149	118	267
2014	160	129	289
2015	197	163	360
2016	242	241	483
2017	259	308	567
2018	263	346	609
2019	276	401	677
2020	290	493	783

Fonte: (Weber, 2021)

E o Quadro XV apresenta demonstrativo da distribuição do SRT nas regiões do país no ano de 2020:

Quadro XV: Distribuição do SRT nas regiões do Brasil, ano 2020

Região	SRT I	SRT II	Total geral
Centro Oeste	3	20	23
Nordeste	103	48	151
Norte	2	8	10
Sudeste	159	389	548
Sul	23	28	51
Brasil	290	493	783

Fonte: (Ministério da Saúde, 2022)

O outro componente da estratégia de desinstitucionalização é o PVC que constitui em auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência. O recurso financeiro de que trata este ponto de atenção é parte integrante de um

programa de reintegração sob a coordenação do Ministério da Saúde. Os requisitos e as normativas para inclusão no programa estão previstos na em lei com base nos princípios e diretrizes instituídos pela atenção psicossocial (Brasil, 2003).

O PVC, instituído pela Lei nº 10.708 de 2003, visa favorecer a ampliação da rede de relações dessas pessoas e o seu bem-estar global e estimular o exercício pleno dos seus direitos civis, políticos e de cidadania, fora da unidade hospitalar. Contribuindo para o fortalecimento da autonomia e vínculos sociais das pessoas, os valores do referido auxílio são repassados diretamente aos beneficiários, exceção para os casos de incapacidade de exercer pessoalmente atos da vida civil, caso em que são repassados ao representante legal do usuário (Brasil, 2003).

A seguir, no Quadro XVI, um demonstrativo de série histórica dos beneficiários do PVC a partir do ano de sua instituição, o ano de 2003:

Quadro XVI: Série histórica do número de beneficiários do Programa de Volta para Casa no Brasil, período 2003-2020

Ano	Número de beneficiários
2003	206
2004	880
2005	1.911
2006	2.519
2007	2.868
2008	3.192
2009	3.486
2010	3.694
2011	3.961
2012	4.156
2013	4.245
2014	4.349
2015	4.394
2016	4.445
2017	4.299

2018	4.458
2019	4.520
2020	4.292

Fonte: (Ministério da Saúde, 2022)

E seguindo, no Quadro XVII, demonstrativo dos gastos federais em reais do programa no Brasil:

Quadro XVII: Gastos federais em reais do Programa de Volta para Casa no Brasil, 2003–2019

Anos	Gastos em reais Programa de Volta para Casa
2003	49.440,00
2004	1.584.237,41
2005	4.035.512,20
2006	6.598.836,70
2007	7.759.433,64
2008	9.295.403,00
2009	13.210.000,00
2010	14.031.098,00
2011	16.472.495,00
2012	18.522.704,00
2013	19.530.000,00
2014	21.416.661,00
2015	21.790.484,00
2016	23.287.408,00
2017	25.000.000,00
2018	20.599.060,00
2019	24.047.762,00

Fonte: (Weber, 2021)

Ainda sobre o PVC, por meio do pagamento do auxílio reabilitação, o programa se propõe a fortalecer o poder de contratualidade, favorecendo assim a inclusão social e o processo

de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. O objetivo é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, favorecendo o convívio social de forma a assegurar o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania. O auxílio reabilitação é previsto por um recurso financeiro repassado mensalmente para o beneficiário, ou se cabível ao representante legal do mesmo (Brasil, 2015).

Passando para o sétimo ponto e componente da RAPS, a reabilitação psicossocial e acontece por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras droga através iniciativas de geração de trabalho e renda e empreendimento solidários como as cooperativas sociais (Brasil, 2011).

Ressalte-se que para o componente reabilitação psicossocial quando se trata de definição de recursos orçamentários e financeiros o que se tem de registro é o incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da RAPS instituído pela Portaria nº 132/2012. Iniciativas pontuais retratadas em trabalhos científicos isolados, significando assim que o componente, de fundamental importância no processo reformista, se potencializado, poderia ser melhor utilizado (Brasil, 2012; Paulo Amarante, 2018).

A RAPS aqui apresentada objetiva ampliar e promover o acesso das pessoas e suas famílias aos pontos de atenção e 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 (Portaria nº 3.088, 2011).

Sistematicamente, o que se tem desta rede são pontos de atenção dispostos de forma organizada prevendo atender as pessoas com sofrimento psíquico e com problemas decorrentes do uso de álcool em suas necessidades nos diversos níveis de saúde. Dessa forma tem demonstrado efetividade enquanto que considera as questões próprias do campo da saúde

mental ofertando ao usuário um atendimento condizente às suas necessidades (Pitta & Guljor, 2019).

No Quadro a seguir, a sistematização da RAPS instituída em 2011, com seus pontos de atenção e respectivos componentes:

Quadro XVIII – Componentes e pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial instituída pela Portaria Ministerial nº 3.088/2011

Componentes	Pontos
I - Atenção básica em saúde	a) Unidade Básica de Saúde; b) equipe de atenção básica para populações específicas: <ol style="list-style-type: none"> 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	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades: 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, com serviços de atenção contínua, 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 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;

CAPS IJ: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

III - Atenção de urgência e emergência

- 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

- a) Unidade de Acolhimento
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial

V - Atenção hospitalar

- 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

VI - Estratégias de desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> a) Serviços Residenciais Terapêuticos b) Programa de Volta para Casa
---	---

VII - Reabilitação psicossocial	
--	--

Fonte: Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (Portaria Nº 3.088, 2011)

A atenção psicossocial instituída vem se consolidando com progressos incontestáveis, mas ainda se verificam desafios e fragilidades a enfrentar. Entre os desafios situa-se a necessidade de garantir e ampliar o acesso aos serviços de saúde de forma geral, integração com a rede intersetorial, em especial com a atenção básica e na internação dos casos indicados em hospital geral. Como fragilidades, há consenso quanto ao financiamento sendo este tópico considerado insuficiente para sustentar as ações e atividades inerentes aos serviços, quanto a qualidade da informação produzida não retratando a realidade (Almeida, 2019).

2.3 Demandas específicas - Álcool e Drogas e Saúde Mental da Criança e do Adolescente (SMCA)

Este tópico destina-se a contextualização no campo da atenção psicossocial de questões relacionadas ao sofrimento psíquico em áreas com nuances específicas. Trata-se das questões da saúde mental relacionadas ao uso de álcool e outras drogas e a área da infância e adolescente. Importante estas considerações visto que são áreas nas quais incidem as normativas do período estudado.

A abordagem das questões relacionado ao álcool e drogas no campo da atenção psicossocial considera que a abstinência não é o único objetivo a ser alcançado. Consonante às premissas da RP, a Política de Atenção Integral do Ministério da Saúde reconhece e adota a redução de danos como a forma mais promissora, que considera cada usuário em suas singularidades onde se constrói junto ao usuário estratégias que estão voltadas não para a

abstinência como principal objetivo, mas para a defesa de sua vida. Pela política, a redução de danos é um caminho, um método, mas que não exclui outros (Brasil, 2003).

De acordo com a Política de Atenção Integral do Ministério da Saúde a assistência a usuários de álcool deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra-hospitalares como os CAPS, inserindo-a também na atenção em rede básica de saúde. Para os casos de maior gravidade que demandem por cuidados mais específicos e de maior complexidade, como o atendimento de urgências como os quadros de intoxicação ou abstinência graves e outros transtornos clínicos e psiquiátricos agudos, o mesmo deve ocorrer em emergências e hospitais gerais (Brasil, 2003).

Outra questão específica a ser considerada no campo da atenção psicossocial é o que diz respeito à atenção e cuidado em saúde mental às crianças e os adolescentes, que foi constituído em um vazio histórico. Durante anos, a atenção à população infanto-juvenil foi realizada por instituições de cunho caritativo, filantrópico, ou educacionais, que remetiam à ideia de pedagogização dos problemas emocionais, com a consequente medicalização dos problemas comportamentais e educacionais. Aos casos de maior gravidade restava o asilamento, no geral, em hospitais psiquiátricos e outras instituições filantrópicas. As intervenções submetiam a criança a práticas disciplinadoras/pedagógicas, negando à esta, a possibilidade de subjetivar suas questões (Taño & Matsukura, 2015).

Somente em 2002, por meio da Portaria 336/2002, houve a implementação de políticas de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS) voltadas para a população infantojuvenil. O objetivo principal da política de saúde mental voltada a este grupo populacional foi a construção de uma rede de cuidado que atenda integralmente às necessidades do público infantojuvenil especialmente centrado na oferta dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis - CAPS IJ (Brasil, 2002).

Assim, está em construção uma política para crianças e adolescentes que considerar suas características e suas necessidades seguindo os princípios do SUS de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social. Um princípio fundamental é que toda e qualquer ação voltada para saúde mental de crianças e adolescentes precisa dialogar com outros campos, tais como ação social, educação, esportes, direitos humanos e justiça. Também aqui, a assistência deve ser oferecida em todos os níveis de atenção e privilegiar os cuidados em dispositivos extra-hospitalares como os CAPS (Brasil, 2005).

2.4 Financiamento, políticas públicas e atenção psicossocial

Este tópico tem a proposta de abordar o financiamento do campo da saúde mental. Se propõe a apontamentos que possibilitem identificar como o financiamento incide nas ações da atenção psicossocial. A perspectiva do estudo aqui é que os apontamentos aqui apresentados contribuam como referências sobre a relação dos recursos financeiros com o processo da RP, com a atenção psicossocial, em como as ações e serviços de estruturam, considerando que se constituem em indicadores estratégicos de planejamento e avaliação. De forma complementar à seções anteriores com dados sobre recursos, séries históricas, informações relacionadas às ações e estrutura do campo da atenção psicossocial.

Ocorre que por competência estas informações são obtidas na pasta da saúde mental no Ministério da Saúde, cabendo registrar que a pasta mantinha regularidade na produção anual de boletins com os dados, o Saúde Mental em Dados, e que o último foi publicado em 2015. Considerando que este tipo de informação é referência para a implantação de políticas públicas eficientes assim como para a avaliação, monitoramento e fiscalização das ações, a ausência delas se constitui em elemento dificultador para estas ações (Weber, 2021).

O comportamento do financiamento das políticas de saúde mental adotou uma tendência de inversão dos gastos relacionado ao modelo servindo de marcador para avaliação e planejamento das ações na área. De forma processual, coma a implementação das ações

reformistas, os gastos no campo da saúde mental que estavam concentrados na atenção hospitalar diminuíram, enquanto os da atenção extra hospitalar aumentaram. A inversão do financiamento ocorreu por volta do ano de 2006, com os gastos da atenção extra hospitalar passando a ser maior do que os gastos da atenção hospitalar (Weber, 2021).

O financiamento seguiu este fluxo de aumentar o financiamento das ações na atenção extra hospitalar, se estabilizando em 2017. De acordo com Weber (2021), desde 2017, 88% dos gastos com a política de saúde mental são com ações extra-hospitalares e 12% com ações hospitalares. Colabora para essa estabilização a política recente de aumento de diárias hospitalares em psiquiatria (Weber, 2021).

Sobre o fluxo do financiamento, o quadro a seguir apresenta dados relacionados atenção hospitalar e à atenção extra hospitalar no período 2002-2013.

Quadro XIX: Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial no Brasil - dez/2002 a dez/2013

Anos	% do Total de Gastos do Programa	
	Gastos Hospitalares	Gastos em Atenção Comunitária/Territorial
2002	75,24	24,76
2003	66,71	33,29
2004	61,83	38,17
2005	52,77	47,23
2006	44,08	55,92
2007	36,65	63,35
2008	34,46	65,54
2009	32,29	67,71
2010	29,44	70,57
2011	28,91	71,09
2012	22,60	77,32
2013	20,61	79,39

Fonte: (Ministério da Saúde, 2015)

Por fim, relacionado ao financiamento, destaca-se um dado relevante que foi a diminuição e estagnação, a partir de 2016, dos gastos federais com ações relacionadas ao campo da saúde mental (Weber, 2021).

3 A “NOVA” POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Considerando que na seção anterior o campo da atenção psicossocial foi delimitado em suas bases, conceitos e estruturas, a partir deste momento seguimos com a proposta de identificar a chamada nova política de saúde mental, instituída pelas normativas e legislação emitidas a partir do ano 2016 e incidindo em alterações na rede de atenção psicossocial instituída pela reforma psiquiátrica.

Até o ano de 2015 a organização e funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial seguiu uma dinâmica de ampliação de seus dispositivos com fluxos contínuos e regulares de implementação. As fragilidades e desafios, não somente as apontadas no capítulo anterior como também as que vão surgindo, são inerentes ao processo considerando que é dinâmico e as mudanças sempre estiveram permeadas em suas diretrizes e nas bases da reforma implicadas em saberes, ideologias e conceitos. Consta que a partir do ano de 2016 por iniciativa do governo federal vários documentos, como resoluções, portarias, deliberações vêm sendo emitidos direcionados à área de saúde mental com a justificativa de que a área necessita de aprimoramentos (Brasil, 2019).

Estas considerações objetivam contextualizar o problema desta pesquisa que será conduzida buscando responder à questão: Como as mudanças na política de saúde mental brasileira, a partir do ano de 2016, alteram as propostas da atenção psicossocial instituída pela reforma psiquiátrica?

E como o trabalho tem a proposta de identificação e análise das normativas que introduzem estas mudanças e correlacionando-as com as consequentes alterações na rede de

atenção psicossocial, torna-se relevante pela possibilidade de se constituir em sinalizador e subsídio para fundamentar direções e estratégias de enfrentamento no cenário estudado concorrendo para a qualidade da assistência ofertada aos usuários da saúde mental.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Compreender e analisar as mudanças na Rede de Atenção Psicossocial decorrentes das normativas instituídas pela política de saúde mental brasileira no período 2016-2020.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar e analisar os documentos legais no período 2016-2020 que dispõem sobre a reformulação da atenção em saúde mental no Brasil, apresentando as mudanças operadas em relação ao paradigma da atenção psicossocial.

- Analisar as repercussões na rede de atenção psicossocial decorrentes das mudanças na política de saúde mental brasileira no período de 2016-2020, tendo como referência as repercussões e publicações de documentos de setores não governamentais a respeito das respectivas mudanças.

5 MÉTODO

Na perspectiva de alcançar os objetivos propostos e responder à questão problema foi realizado um estudo documental através de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. Exploratória porque é desenvolvida com o objetivo de proporcionar visão geral, do tipo aproximativo acerca de determinado fato, podendo se constituir na primeira etapa de uma investigação mais ampla. Este tipo de pesquisas tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (Gil, 2008).

Abordagem qualitativa considerando que o objetivo de pesquisas deste tipo é menos testar o que é conhecido do que descobrir novos aspectos na situação que está sendo estudada

e desenvolver uma teoria a partir dessas descobertas. Alguns casos são estudados, mas estes são analisados extensivamente em sua complexidade (Flick, 2013). Este tipo de pesquisa viabiliza a compreensão do fenômeno ou evento em estudo a partir da opinião de diferentes sujeitos, de discursos e processos de trabalho, ou as regras culturais ou sociais para uma situação (Flick, 2004).

5.1 Estudo documental

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A única diferença entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa (Gil, 2008).

Complementando, quanto a representação dos documentos, Cellard (2012) afirma que enquanto que as lembranças, ou fatos isolados podem alterar a interpretação, a utilização de documentos escritos possibilitará reconstituir com menor risco de deformações da realidade (Cellard, 2012).

Este estudo se pauta na identificação e análise dos documentos legais do período, que dispõem sobre a reformulação da atenção em saúde mental brasileira, apresentando as mudanças operadas em relação ao paradigma da atenção psicossocial. Optou-se por este tipo de pesquisa como possibilidade de analisar como as normativas emitidas incidem sobre a atenção psicossocial considerando os moldes que foi instituída. A partir atenção psicossocial já delimitada em seus conceitos, significados e estrutura, o que se pretende é discutir e analisar as mudanças instituídas através dos documentos identificados e analisados.

De acordo com Flick (2004) os fatos somente ganham relevância a luz de sua seleção e interpretação, sendo esta, a proposta do caráter qualitativo desta pesquisa. A busca de compreensão pela pesquisa qualitativa da incomensurabilidade das questões humanas que parte das coisas mais simples da vida - como por exemplo, a discordância de opiniões - tem sido tratada por filósofos e teóricos da modernidade (Flick, 2004).

Sendo a investigação qualitativa envolta em diversidade e complexidade de dados não-estruturados e não-numéricos, com determinadas particularidades e subjetividades, é possível que se pense que não existem padrões de rigor e sistematização nesta área. No entanto, desde muito cedo que os cientistas procuraram criar critérios que garantissem a qualidade do desenvolvimento da investigação qualitativa e a sua posterior avaliação pelas comunidades acadêmicas (Minayo, 2017).

5.2 Seleção de materiais e documentos

Para analisar a política de saúde mental incidindo sobre a atenção psicossocial foram selecionados documentos legais que dispõem sobre a reformulação da atenção em saúde mental no Brasil, com ênfase para as normativas emitidas no período 2016-2020. A legislação e normativas foram pesquisadas nos sites da saúde mental do Ministério da Saúde e do Governo Federal (gov.br) tendo como critério de busca o recorte temporal estudado e se constituir em documentos que tratassem de mudanças no campo da saúde mental ou aqueles em que na sua disposição mantivessem relação com o funcionamento da área.

Foram pesquisados e extraídos do site do Ministério da Saúde os documentos dispendo sobre as mudanças na política de saúde mental como as portarias ministeriais, resoluções e a Nota Técnica 11/2019; no site gov.br do governo federal foram pesquisados e extraídos a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241 e o Decreto nº 9.761. Ainda dentro desta proposta no site da Associação Brasileira de Psiquiatria foi pesquisado o documento sobre Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil.

Para análise das mudanças identificadas e a repercussão na Rede de Atenção Psicossocial a pesquisa utilizou de documentos de órgãos oficiais como conselhos profissionais, conselhos saúde, conselhos de direitos, associações e afins. E a busca foi realizada nas bases de dados desses órgãos.

Nesta etapa, com vistas a contribuir na ampliação e na qualidade dos resultados foram realizadas buscas de estudos consonantes ao tema como artigos, teses e dissertações pesquisados nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine (PubMed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram realizadas buscas de estudos publicados a partir do ano de 2016 nos idiomas português e inglês a partir dos descritores estabelecidos, atenção psicossocial, mudanças e políticas de saúde mental. O material foi selecionado considerando a pertinência ao tema e a referência às mudanças.

5.3 Análise dos dados

Previamente identificados, os documentos e materiais analisados serviram de base para delimitação e compreensão das mudanças nas normativas instituídas pela política de saúde mental brasileira no período. A análise dos dados foi realizada com base na análise temática de conteúdo que se constitui de um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 2016).

Os dados foram sistematizados a partir de leitura preliminar dos documentos, de leitura seletiva alinhando-se as informações com a proposta do estudo proposto, categorização e análise reflexiva dos dados. De acordo Bardin (2016), a análise documental é uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar, num estado ulterior, a sua consulta e referência (Bardin, 2016).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Concordamos com Passarinho (2022) que na busca de materiais que possibilitassem a compreensão do momento foram encontrados termos como “retrocesso”, “contrarreforma” e “desmonte” como forma de qualificar tais mudanças interpretadas como retorno ao modelo manicomial. Estes materiais e a legislação de referência no período compõem esta seção.

6.1 Identificando as normativas

A partir do ano de 2016 por iniciativa do governo federal vários documentos, como resoluções, portarias, deliberações vêm sendo emitidos direcionados à área de saúde mental com a justificativa de que a área necessita de aprimoramentos (Brasil, 2019). O quadro a seguir é um demonstrativo das normativas do período incidindo sobre o campo da atenção psicossocial referenciando as decorrentes e pertinentes mudanças.

Quadro XX: Demonstrativo das normativas que incidem sobre a Política de Saúde Mental no Brasil, período 2016-2020

Ano	Normativa	Mudanças
2016	Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241	Nos seus termos - Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal com base na necessidade de reverter, no horizonte de médio e longo prazo, o quadro de agudo desequilíbrio fiscal.
2016	Portaria MS nº 1.482, 25 de outubro de 2016	Inclusão das comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
2017	Portaria MS nº 2.436 de 21 de setembro de 2017	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

2017	Resolução nº 32, 14 de dezembro de 2017 - MS e Comissão Intergestores Tripartite (CIT)	<p>Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da RAPS instituindo mudanças estruturais e de funcionamento importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aprovação da criação de nova modalidade de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Tipo IV; - Inclui na rede o Hospital Dia, Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental e Hospitais Psiquiátricos Especializados; - Estabelece diretrizes para a ampliação da oferta de leitos hospitalares qualificados através de reajuste do valor de diárias para internação em hospitais especializados de forma escalonada, em relação aos atuais níveis, conforme o porte do hospital; - Trata do fortalecimento da parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT em relação as Comunidades Terapêuticas.
2017	Portaria MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017	Dispõe sobre as alterações contidas na Resolução nº 32 deliberando sobre a implantação dos novos dispositivos nos pontos de atenção e sobre o funcionamento e organização da rede de saúde mental.
2018	Portaria MS nº 2.434, de 15 de agosto de 2018	Promove um aumento de 60% nas diárias pagas aos hospitais, para atendimento de

		pacientes internados por mais de 90 dias ou que são reinternados em intervalo menos de 30 dias.
2018	Portaria MS nº 3.659, de 14 de novembro de 2018	Suspendeu o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de CAPS, SRT, Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da RAPS, por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.
2019	Nota Técnica nº 11/2019, de 04 de fevereiro de 2019	<p>Não se trata de legislação é uma nota do MS que tem como assunto esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refere em sua introdução sobre os recursos financeiros para qualificar a RAPS; - Trata da ampliação da RAPS a partir da legislação aqui já referida, que passa a contar com hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e CAPS IV AD, além dos antigos serviços já existentes; - Faz referência quanto ao caráter substitutivo, terminologia usada para os componentes da RAPS nos contextos da reforma, que antecederam a legislação do período. Refere que os serviços, que

		<p>compõem a rede, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos;</p> <p>- Sobre as Comunidades Terapêuticas a nota faz referência como apoio à recuperação de usuários de drogas, que foi criado um grupo de trabalho interministerial, com membros dos Ministérios da Saúde, Justiça, Trabalho e Desenvolvimento Social, para estabelecer critérios para o funcionamento, expansão e financiamento desses serviços;</p> <p>- Sobre a eletroconvulsoterapia como oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais, cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, passando o Ministério da Saúde a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas.</p>
2019	Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019 (Presidente da República)	Aprova a Política Nacional sobre Drogas.
2019	Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019 (Presidente da República)	Aprovada no Senado, sem aprofundamento do debate,

		desconsiderando emendas de comissões apresentadas, que acaba de retroceder décadas ao prescrever internações involuntárias como estratégia central no cuidado aos usuários de drogas.
2020	Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020 (CONAD)	Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. Sem pactuação e aprovação no Conselho Nacional da Criança e do Adolescentes (CONANDA) e afrontando em diversos artigos do o Estatuto da Criança e do Adolescentes.
2020	Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil - Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)	Proposta de diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil

Fonte: Produzido pela autora (2023) e Memorial da ABRASME (Pinho, 2022).

Como premissa das mudanças na atenção psicossocial decorrentes da legislação brasileira no período, a primeira normativa do quadro, a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241 que altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal com base na necessidade de reverter, no horizonte de médio e longo prazo, o quadro de agudo desequilíbrio fiscal (Brasil, 2016). De forma mais ampla, a emenda repercutiu

em expectativas apreensivas quanto as consequências, como prejuízo nos indicadores de qualidade de vida e desemprego que impactam diretamente a saúde pública (Delgado, 2019).

Seguindo com o quadro, a próxima normativa que estabeleceu mudanças na área de saúde mental nesse período, a Portaria nº 1.482 que foi publicada pelo MS em 25 de outubro de 2016, tendo como disposição a inclusão das comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, que é um procedimento para a efetivação de seu financiamento como ação ou serviço de saúde. Sobre este precedente conferido às comunidades terapêuticas, Cruz e al (2020) refere:

(...) um amplo financiamento para um modelo de tratamento pautado na reclusão prolongada, com possibilidade de institucionalização contínua da população que, embora incluía um mecanismo de controle sobre tal procedimento, este se mostra muito frágil, já que em seis meses é permitida nova internação de mais um ano (p. 9).

A Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 que em seus termos trata de revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica. As alterações instituídas estão relacionadas à organização da área estabelecendo parâmetros para a composição das equipes e para as ações que são desenvolvidas (Brasil, 2017). Tais medidas repercutiram em prejuízos para área, alguns argumentando sobre a descaracterização e fragilização da atenção básica (Delgado, 2019). Ressalte-se aqui que as ações da saúde mental estão inclusas na atenção básica, seja diretamente fazendo parte de ponto de atenção da RAPS, como também nas ações de matriciamento.

A próxima normativa, a Resolução nº 32, considerado o documento de marco inicial na mudança da política de saúde mental do período. Em seus termos estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial e o governo federal institui mudanças estruturais e de funcionamento importantes na RAPS. Altera a composição dos pontos de atenção com a aprovação da criação de nova modalidade de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Tipo IV e inclui na rede o Hospital Dia, Equipe Multiprofissional

de Atenção Especializada em Saúde Mental e Hospitais Psiquiátricos Especializados (Brasil, 2017).

Relacionado ainda às alterações na atenção psicossocial advindas desta normativa, a Resolução nº 32, estabelece diretrizes para a ampliação da oferta de leitos hospitalares qualificados através de reajuste do valor de diárias para internação em hospitais especializados de forma escalonada, em relação aos atuais níveis, conforme o porte do hospital. Também é tratado no documento sobre o fortalecimento da parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT em relação as Comunidades Terapêuticas (Brasil, 2017).

Seguindo sobre as mudanças na política de saúde mental, a Portaria Ministerial nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 em seu conteúdo dispõe sobre as alterações contidas na Resolução nº 32 deliberando sobre a implantação dos novos dispositivos nos pontos de atenção e sobre o funcionamento e organização da rede de saúde mental (Brasil, 2017).

Alteração no campo da saúde mental advindas desta portaria e da qual emergiram várias discussões, diz respeito à inclusão de Hospitais Psiquiátricos, hospital dia e equipe multiprofissional de atenção especializada em saúde mental na RAPS. Também incluídas no patamar de discussões advindas desta normativa a disposição sobre a expansão e financiamento das Comunidades Terapêuticas, de apoio à recuperação de usuários de drogas; a criação da nova modalidade de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Tipo IV; e as relacionadas às residências terapêuticas que pelas alterações instituídas passam a acolher pacientes com transtornos mentais em outras situações de vulnerabilidade, como, por exemplo, aqueles que vivem nas ruas e são egressos de unidades prisionais comuns (Brasil, 2017).

Outras normativas inseridas no quadro considerando incidir em mudanças na política de saúde mental. No caso, a Portaria 2.434 de 2018 que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de noventa dias do incentivo para internação nos hospitais psiquiátricos; a

Portaria nº 3.659 de 2018 que suspendeu o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de CAPS, SRT, UA e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da RAPS, por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.

Sobre a suspensão do repasse financeiro por falta de registros, ressalte-se que para a qualificação das informações dos atendimentos realizados na RAPS condizentes aos procedimentos realizados nas unidades foi instituído pela implantação do Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), a partir da Portaria nº 854, de 24 de agosto de 2012 (Ministério da Saúde, 2015; Portaria nº 854, 2012). Ressalte-se a importância de identificar e avaliar as justificativas para a ausência de registros nas unidades possibilitando atuar nas causas intervindo em necessidades relacionadas a treinamentos, recursos humanos, materiais e estrutura, visto que são procedimentos de especificidades próprias da área (Cruz et al., 2020).

Seguindo, no quadro a Nota Técnica nº 11/2019, que não se trata de normativa, lei ou portaria, e o destaque e inclusão no quadro devem-se a repercussão em diversos segmentos dentro e fora do campo da saúde da polêmica apresentação em seus termos da nova política de saúde mental no Brasil. Emitida e assinada eletronicamente pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no Ministério da Saúde, tem como assunto esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

Em seus termos, sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental instituídas refere que “sem perder a essência da Lei 10.2016, estamos em processo evolutivo reformulando o modelo de assistência em saúde mental, que necessitava de aprimoramentos”. Na parte introdutória informa sobre os recursos financeiros para qualificar a RAPS, um adicional de mais de R\$ 320 milhões por ano, totalizando R\$ 1,5 bilhão (Brasil, 2019).

Trata da ampliação da RAPS a partir da legislação aqui já referida, que passa a contar com hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e CAPS IV AD, além dos antigos serviços já existentes, com o objetivo de ofertar uma variedade de cuidados, que possam dar conta das diferentes necessidades dos usuários e seus familiares. Informa que as ações foram construídas conjuntamente entre os gestores do SUS e cerca de 70 entidades, todas conhecedoras da realidade da saúde mental no país (Brasil, 2019).

A nota faz referência quanto ao caráter substitutivo, terminologia usada para os componentes da RAPS nos contextos da reforma, que antecederam a legislação do período. Refere que os serviços, que compõem a rede, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. Argumenta que a rede deve ser harmônica e complementar, já que nenhum serviço substitui outro (Brasil, 2019).

Sobre as Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental para atuar em Ambulatórios, incluídas na RAPS pela Resolução 32 e pela Portaria 3.588, argumenta que ocupará um vazio assistencial que existia na rede, passando a incentivar, inclusive financeiramente, a abertura e fortalecimento de tais serviços, com o objetivo de dar conta da grande demanda reprimida para tratamento comunitário em saúde mental no país. Refere que o Ministério da Saúde não apoiará o fechamento de Ambulatórios, pois são serviços que não concorrem com os CAPS, na medida em que fornecem assistência a pacientes com necessidades distintas (Brasil, 2019).

Outro ponto em discussão da nota é a referência da nota sobre o atendimento de crianças e adolescentes na RAPS, em seus termos refere que o melhor interesse do paciente deve sempre prevalecer e que relacionado ao caso de internação de crianças e adolescentes em unidades psiquiátricas não há qualquer impedimento legal para a internação de pacientes menores de idade em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos (Brasil, 2019).

A nota faz referência ao procedimento eletroconvulsoterapia como oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais, como oferta e disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população, cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, passando o Ministério da Saúde a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas (Brasil, 2019).

No quadro, o Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, aprovando a Política Nacional sobre Drogas (Pnad), revogando o Decreto nº 4.345 de 26 de agosto de 2002, decretando os pressupostos, as definições gerais e as diretrizes para o planejamento das ações; e a coordenação e articulação na implementação da Pnad pela Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça e Segurança Pública, no âmbito de suas competências (Brasil, 2019).

Sobre o Decreto nº 9.761, foi assinado pela Presidência da República o que o institui como política de estado e lhe confere um peso maior que as demais portarias e leis. São diversas as discussões em torno dos desdobramentos do documento, sendo encabeçada pela polêmica mudança da área de álcool e drogas, deixando de ser tutelada pela Política Nacional de Saúde Mental e passando para Ministério da Cidadania e para o Ministério da Justiça e Segurança Pública. Sobre este aspecto, as discussões sobre a gestão e planejamento consideram as ações do decreto contraditórias ao atendimento de álcool e drogas instituídos pela lógica da atenção psicossocial em que se prioriza a sua realização em serviços de características comunitárias (Cruz et al., 2020; Guljor et al., 2019).

Também incidindo na área de álcool e drogas, a Lei nº 13.840 de 2019, aprovada no Senado, sem aprofundamento do debate, desconsiderando emendas de comissões apresentadas,

que acaba de retroceder décadas ao prescrever internações involuntárias como estratégia central no cuidado aos usuários de drogas. Dentro da temática, a Resolução nº 3 de 2020, que regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. Sem pactuação e aprovação no Conselho Nacional da Criança e do Adolescente (CONANDA) e afrontando em diversos artigos do o Estatuto da Criança e do Adolescentes (Brasil 2020; Brasil, 2019).

Por último, no quadro, o documento apresentado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) em que propõe diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil. Apesar de não ser uma normativa, considerando as representações da categoria no campo da saúde mental, seu conteúdo e o momento em que é emitido, o documento pode ser entendido como um posicionamento e em consonância com os rumos pretendidos pela gestão federal para o campo da saúde mental (ABP, 2020).

No documento, a consonância com os conteúdos das normativas emitidas pelo governo federal estão expressas em afirmativas como (ABP, 2020):

- Recomendação de inclusão da eletroconvulsoterapia (ECT) nas listas de procedimentos do SUS considerando sua sólida base científica, eficácia e efetividade (p.29);
- De a que exclusão do hospital psiquiátrico especializado, assim como dos ambulatórios e emergências especializados da rede de assistência não se sustenta cientificamente e está gerando desassistência aos doentes mentais ((p.29);
- Somente com a abstinência é que o dependente volta a um nível satisfatório de saúde física e mental. Que não se pode oferecer à população exclusivamente uma política de redução de consumo, chamada de redução de danos, como se isso fosse o melhor para os pacientes (p.20).

Na temática das pretensas mudanças a Associação Brasileira de Psiquiatria fundamenta

o direcionamento referindo que desde 1995 a assistência à saúde mental implementada pelos governos continua baseada nos CAPS de eficácia não demonstrada como serviços de reabilitação e reinserção social⁸ (ABP, 2020).

Por fim, consideramos exaustivamente até aqui ter apresentado os principais documentos legais norteadores da pretensa política de saúde mental no período. Importante pontuar que com base no estudo, a Portaria 3.588 e a Resolução 32 constituem a base das mudanças na política de saúde mental no período, visto que estabelecem as novas diretrizes e as mudanças nos pontos de atenção, pressupondo o retorno ao modelo asilar (Cruz et al., 2020).

6.2 Significando a mudança - Um olhar sobre a pretensa política de saúde mental

Tendo em vista de que na seção anterior foram identificados os documentos legais do período 2016-2020 que dispõem sobre a reformulação da política de saúde mental no Brasil, assim como as respectivas mudanças operadas em relação ao paradigma da atenção psicossocial, cumpre neste momento dar seguimento na análise das repercussões na rede de atenção psicossocial tendo como referência publicações sobre o tema.

Os documentos até aqui apresentados sugerem os fluxos que a atenção psicossocial instituída pela reforma psiquiátrica deve seguir. Nota-se que os termos de argumentação e justificativas usados na legislação do período se apropriam de alguns pressupostos reformistas nas abordagens sobre estigmas, garantia do acesso, integralidade do cuidado, assistência multiprofissional, ações intersetoriais. No entanto, o mesmo não se pode afirmar quanto ao que estes documentos resolvem – as ações a serem desenvolvidas mostram-se não consonantes e contraditórias aos pressupostos.

⁸ De acordo com o documento, o psiquiatra vem sendo colocado como profissional secundário e prescindível à Psiquiatria; que a Lei Federal 10.216 /2001 determina o redirecionamento do modelo assistencial, garantindo ao paciente o melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades, mas isto não tem sido efetivado no país; que Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde por décadas investiu na desospitalização sem o concomitante investimento nos equipamentos complementares, nem na qualificação de serviços hospitalares e extra-hospitalares, o que está levando a uma desassistência generalizada; há demandas que necessitam de maior atenção como o Transtorno de Uso de Substâncias que vem se tornando um problema crescente e com repercussões além da área da saúde e o problema grave e crescente do aumento das taxas de suicídio.

Nesse sentido, a perspectiva quanto ao rumo e implicações que a legislação do período impõe, caracteriza o campo da saúde mental como altamente vulnerável. Tais considerações pretendem contextualizar o problema desta pesquisa que vem sendo conduzida para responder a questão: Como as mudanças na política de saúde mental brasileira no período alteram o campo da atenção psicossocial instituído pela reforma psiquiátrica?

Seguindo, pretende-se aqui apresentar documentos, manifestações e posicionamentos de alguns seguimentos sobre as mudanças nas políticas públicas de saúde de saúde mental a ser instituídas pela legislação do período. O quadro a seguir é uma mostra sistematizada de documentos de forma a identificá-lo, o ano de sua emissão, o setor de origem e a disposição.

Quadro XXI: Documentos de setores não governamentais sobre a política de saúde mental brasileira, período 2016-2020

Ano	Documento	Origem / Setor	Disposição
2017	Nota contra os retrocessos da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas do Ministério da Saúde frente à política brasileira de Saúde Mental	ABRASCO	Vem a público manifestar a mais profunda preocupação com as mudanças substanciais que estão sendo anunciadas com referência à Política Brasileira de Saúde Mental. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Nota contra os retrocessos da CGMAD/ MS frente à política brasileira de saúde mental, de 11 de dezembro de 2017. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/retrocessos-saude-mental-governo-temer/32436/ Acesso em: 30 julho 2023
2017	Carta Aberta	COFEN	O Conselho Federal de Enfermagem se coloca contra todo retrocesso e lutará pelo SUS e saúde mental fortalecidos. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-nao-aceita-o-retrocesso-na-saude-mental_59609.html

			Acesso em: 30 julho 2023
2017	Recomendação nº 43, de 15 de setembro de 2017	Conselho Nacional de Saúde (CNS)	Recomendação de revisão da portaria MS 1.482/2016, de retirar as menções às comunidades terapêuticas, pois estas “não podem ser consideradas estabelecimentos de saúde e nem tampouco incluídas no cadastro do CNES”.
2018	Carta da 1ª Conferência Popular Nacional da Saúde Mental Antimanicomial	Conselho Nacional de Procuradores Gerais - CNPG	Nota Técnica sobre as mudanças na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS aprovadas pela CIT, na Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2018.
2019	Recomendação nº 03	Conselho Nacional de Direitos Humanos	Recomenda ao Ministério da Saúde que todas as normativas incompatíveis com a estabelecida Política Nacional de Saúde Mental, que subsidiam a Nova Política Nacional de Saúde Mental, elaborada e em execução sem ser legitimamente formulada, sejam suspensas e submetidas ao debate público; e que convoque audiências públicas, com antecedência e ampla convocação, garantindo a plena e efetiva participação dos usuários da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/2019/marco/SEI_MDH0708397Recomendacao3sobreaNovaPoliticadeSaudeMental.pdf/@@download/file/s

			ei_mdh0708397recomendacao3sobreanovapolitica_desau.pdf Acesso em: 30 julho 2023
2019	Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019	Pesquisadores e grupos de pesquisa	Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas”, emitida pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, em 04/02/2019, de autoria de Quirino Cordeiro Junior. Disponível em: http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/Note-tecnica-Saude-Mental.pdf Acesso em: 30 julho 2023
2019	Nota de repúdio à reformulação da política nacional de saúde mental pelo Ministério da Saúde – de 08 de fevereiro de 2019	Movimento pela Proteção Integral de Crianças e Adolescentes	Enquanto doutrina régia para a infância e juventude no Brasil, vem à público externar REPÚDIO e a mais elevada preocupação diante da Nota Técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, que apresenta mudanças para a Política Nacional de Saúde Mental e as Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.
2019	Resolução nº 08, de 14 de agosto de 2019	Conselho Nacional dos Direitos Humanos	Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas.
2019	ABRASCO e ABRASME	ABRASME	Diante das mudanças, dirigentes da ABRASCO e da ABRASME – foram ouvidos pela imprensa

	marcam presença no debate sobre Saúde Mental		e expressaram contrariedade às medidas que descaracterizam a luta da Reforma Psiquiátrica e a construção de quase 40 anos de políticas públicas baseadas na humanização e acolhimento, consolidada na lei nº 10.126/11. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL (ABRASME). O cuidado em saúde mental e a contrarreforma psiquiátrica: posicionamento crítico da ABRASME. 18 maio 2019. Posicionamento da ABRASME Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistema-s-de-saude/abrasco-e-abrasme-marcam-presenca-no-debate-sobre-mudancas-na-politica-de-saude-mental/39484/ Acesso em: 30 julho de 2023.
2020	Nota de Posicionament o do Sistema Conselhos de Psicologia sobre o documento da ABP	CFP	Nota de Posicionamento do Sistema Conselhos de Psicologia sobre o documento “Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil”.

Fonte: Produzido pela autora (2023)

Segundo nota emitida pela ABRASCO (2017) sobre as mudanças na política de saúde mental no período, se manifesta no sentido de que está em risco o retorno da ênfase dada a modalidades assistenciais conhecidas pela sua ineficácia. Coloca como referência as Comunidades Terapêuticas (CT) quando se posiciona e questiona sobre o que dizer de um projeto de saúde mental que investe a maior parte do seu recurso em CT (240 milhões/ano

contra R\$ 31.752.720,92/ano para a expansão da rede e criação de novos serviços), instituições estas que têm a reclusão social longa como base de seu tratamento (Abrasco, 2017). Complementa que a luz desses investimentos nas CT os serviços substitutivos e estratégicos da RAPS são desfinanciados, precarizados e reduzidos, o que compromete sua capacidade terapêutica.

Posicionamento em Carta Aberta de 30 de dezembro de 2017, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) expressa que não aceita o retrocesso na saúde mental e se manifesta sobre deliberação da aprovação das novas diretrizes pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que pelos termos do documento inverteu a lógica, sem possibilitar a discussão com a sociedade civil ou entidades especializadas na área de saúde mental. Complementa (Alves, 2009) adiante, que não foi feito em diálogo com os Conselhos de Direitos, com Conselhos Profissionais, não respeitou as posições das Conferências Nacionais de Saúde Mental e não realizou Audiências Públicas. Acrescenta que a RP representa muitos anos de história, lutas e reconhecimento internacional, construídos em diversos governos de ideologias diversas e haverá, portanto, resistências e mobilizações em amplos setores da sociedade (Conselho Federal de Enfermagem, 2017).

Seguindo, para se manifestar em relação as normativas emitidas pelo governo e as consequentes alterações no campo da saúde mental, o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) emite a Resolução nº 08, de 14 de agosto de 2019 dispondo sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas. Em seus artigos trata de diretrizes do campo, do protagonismo e equidade do cuidado ao perfil dos usuários e familiares, da crise e dos dispositivos para internação; e do monitoramento e fiscalização dos programas e serviços de saúde mental (Brasil, 2019).

A Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019 é assinada por pesquisadores e

grupos de pesquisa, tais como: Ana Paula Guljor, Eduardo Mourão Vasconcelos, Maria Cristina Ventura Couto, Martinho Braga Batista e Silva, Pedro Gabriel Godinho Delgado, Rita Cavalcante, Rossano Cabral Lima. Nesta nota assumem a posição de defensores do processo de reforma psiquiátrica no país e sobre a Nota Técnica 11/2019 e as mudanças, em seus termos manifestam que “representam na verdade o abandono dos princípios legais, assistenciais e das várias estratégias de atenção psicossocial consolidados pela Reforma Psiquiátrica brasileira, com risco real de retrocessos das políticas de saúde mental no país” (p.1). Os pontos que sustentam o posicionamento são listados no documento e com base nestes manifestam-se contrários às diretrizes indicadas nesta Nota Técnica, bem como às portarias e resoluções já emanadas no sentido de implementá-las (Guljor et al., 2019).

Relacionado ao cadastro das CT no CNES possibilitado pela Portaria Ministerial 1.482/2016 o Conselho Nacional de Saúde emitiu a Recomendação nº 43/2017 em que recomenda ao Ministério da Saúde que revise a portaria, revogando todos os artigos referentes às C T. Trazem considerações de que as CT não podem ser consideradas estabelecimentos de saúde, visto que não atendem aos critérios exigidos pela legislação vigente, sob risco de incorrer em ilegalidade; que a portaria em questão deixa de considerar que já existem vários relatórios de inspeção de entidades públicas no Brasil atestando uma série de violações dos direitos humanos nas CT, como: Conselho Federal de Psicologia, em seu Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas, de 2011; e o Comitê de Prevenção à Tortura do Estado do Rio de Janeiro, Relatório de Inspeção em Comunidades Terapêuticas Financiadas pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro, de 2013 (Brasil, 2017) .

Pertinente ao tema desta seção a Carta da 1ª Conferência Popular Nacional da Saúde Mental Antimanicomial, em 2018 do Conselho Nacional de Procuradores Gerais – CNPG, em nota técnica sobre as mudanças na RAPS aprovadas pela CIT, na Resolução nº 32, expressa o

entendimento de que as mudanças representam um retrocesso, uma vez que o modelo assistencial em construção, tem se mostrado resolutivo em melhorar as condições de saúde, o protagonismo, e a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais, incluindo os decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Conselho Nacional de Procuradores Gerais, 2018).

Sobre as mudanças nas Políticas Públicas de Saúde Mental emanadas das normativas emitidas pelo governo federal, o Conselho Nacional dos Direitos Humanos através da Recomendação nº 03/2019 que recomenda ao Ministério da Saúde respeitar as instâncias de participação e controle social, especialmente os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, como espaços legítimos de discussão e definição das políticas públicas de saúde e suspender a execução de todas as normativas incompatíveis com a estabelecida Política Nacional de Saúde Mental, que subsidiaram a Nova Política (Brasil, 2019)

O Sistema de Conselhos de Psicologia emite Nota de Posicionamento sobre o documento Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil proposto pela ABP na qual reconhece o documento como um verdadeiro retrocesso em relação aos equipamentos e modelos de cuidado em Saúde Mental pontuando ser a proposta dissonante do que é proposto pela Lei nº 8080/90, pela Lei nº 10.216/2001, pela Constituição Federal (no que tange a liberdade individual e o direito à saúde), pela Portaria nº 3.088/2011 e pelos movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica brasileira (Conselho Federal de Psicologia, 2020).

E sobre as Sobre as CT, manifesta a que foi comprovado em diferentes relatórios técnicos e artigos científicos publicados a ineficácia do modelo asilar oferecido pelas CT no tratamento dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Destaca a gravidade maior relacionadas às violações a direitos humanos que ocorrem nestas instituições, constatadas em inspeções realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia, Procuradoria

Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal e Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (Conselho Federal de Psicologia, 2020).

Numa abordagem retrospectiva, identificando o posicionamento e repercussões na comunidade científica e pesquisadores relacionado às respectivas normativas, inicialmente tomamos a Resolução nº 32 que estabelece as diretrizes para o fortalecimento da RAPS. O documento foi de grande repercussão em diversos segmentos, sendo considerado contrário aos avanços das propostas reformistas. As mudanças instituídas por esta resolução foram consideradas por diversos autores como um retorno ao modelo hospitalocêntrico e contrários aos pressupostos orientadores da atenção psicossocial, como explicado por Cruz et al (2020):

Além do hospital psiquiátrico, esta resolução inclui na RAPS os hospitais-dia, que funcionam de modo algo parecido com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) [...] A restauração do hospital-dia, um dispositivo não territorial, usualmente anexo a um hospital psiquiátrico, só é compreensível como estratégia de fortalecimento da centralidade do modelo hospitalar. A resolução institui ainda as “equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental” que são nada menos do que os antigos e pouco resolutivos ambulatórios psiquiátricos (p. 6).

Sobre a estrutura e funcionamento do CAPS AD IV, uma nova modalidade de CAPS aprovada e descrita na resolução, Cruz e al (2020) refere que não se ajusta ao modelo preconizado para estes dispositivos:

Apresenta a característica estrutural de um pequeno hospital psiquiátrico, uma vez que tem “enfermarias” (e não “acolhimento noturno”, como nos CAPS III) de até 30 leitos! [...] Trata-se de uma estrutura vocacionada para internações contra a vontade, implantada nas cenas de uso: por que designar tal dispositivo como “centro de atenção psicossocial”, se ele é o oposto do paradigma psicossocial? (Cruz et al, 2020, p. 7).

Importante registrar o posicionamento relacionado a Nota Técnica nº 11/2019,

documento que teve várias repercussões a nível nacional, com posicionamentos de repúdio e contrários ao que se reconheceu como um retrocesso e desmonte da rede de saúde mental, com discussões e debates tendo como tema a relação entre as mudanças na política de saúde mental e as alterações no modelo já instituído (Brasil, 2019)

Na tentativa de compreender as mudanças, algumas abordagens são pontuais como refere Guimarães e Rosa (2019):

(...) parte da categoria médica, liderada pela ABP, reforça o grupo de opositores em torno de interesses da corporação. Outro grupo, movido pelo interesse em questões religiosas e no orçamento público, começa a ganhar o espaço estatal, sob a insígnia de CT, sintetizando um segmento heterogêneo com práticas bem diversificadas entre si, agregadas (p.11).

As autoras abordam as mudanças como um golpe nas três décadas de avanço da RPB, significando retorno ao modelo manicomial, de forma clara para algumas mudanças e para outras de forma maquiada. Dentre as mudanças advindas das normativas, destaca a ambulatorialização do cuidado com equipes especializadas, a remanicomialização da saúde mental, a utilização de até 20% da capacidade dos leitos em Hospitais Gerais para alas psiquiátricas, ampliação de aporte financeiro das CT de 4.000 para 20.000 vagas (Guimarães & Rosa, 2019).

Por fim, considerando o exposto e a proposta da pesquisa, o quadro a seguir é um demonstrativo das principais mudanças na Atenção Psicossocial em função Política de Saúde Mental brasileira no período 2016-2020.

**Quadro XXII: Mudanças na Atenção Psicossocial em função da Política de Saúde
Mental no período 2016-2020**
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Categoria	Normativas responsáveis pela mudança	Ações e pontos da RAPS alterados pelas normativas	Discussão
Serviços, locais de tratamento	<ul style="list-style-type: none"> - Resolução 32 - Portaria 3.588 	<ul style="list-style-type: none"> - Expansão e investimentos das Comunidade Terapêuticas - Inclusão do hospital psiquiátrico na RAPS, com reajuste da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) - Instalação de Unidades Psiquiátricas Especializadas de até 30 leitos nos Hospitais Gerais, devendo obrigatoriamente estar sempre com 80% desses leitos ocupados. 	<ul style="list-style-type: none"> - A internação de longo prazo em Comunidades Terapêuticas que têm sido alvo de inúmeras denúncias, inclusive de violação de direitos no Brasil (Guljor et al., 2019). - A criação de uma rede de serviços de saúde mental – respaldada por quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, que permitiu a substituição do modelo centrado quase exclusivamente em hospitais psiquiátricos por um modelo de base comunitária e territorial, e que tem sido reconhecido internacionalmente (Guljor et al., 2019). - Na perspectiva inversa a tudo isso, a Nota Técnica 11/2019 procurar recolocar o hospital psiquiátrico e demais serviços de internação, como as comunidades terapêuticas, no centro da assistência em saúde mental, desvalorizando toda a rede de atenção psicossocial ou atribuindo-lhe apenas o papel de auxiliar de suporte para entrada e

			<p>saída das internações, como no passado (Guljor et al., 2019).</p> <p>- Estímulo para RAPS produzir novas internações, desmobilizando o esforço necessário para manter os usuários nos serviços comunitários com acolhimento noturno, desestimulando a criação destes serviços, risco de tais unidades se transformarem em mini hospícios (Abrasco, 2017).</p>
<p>Diretrizes/ Direitos/ Princípios legais e assistenciais</p>	<p>- Resolução 32</p> <p>- Portaria 3.588</p> <p>- Nota Técnica 11/2019</p>	<p>- Lógica manicomial</p> <p>- Não há mais por que se falar em rede substitutiva</p>	<p>- O processo de mudanças ocorre sem qualquer respeito às vozes e interesses dos usuários e familiares da rede de saúde mental, com suas associações próprias; dos pesquisadores que compõem o campo da saúde mental; dos trabalhadores que hoje atuam nas redes municipais de saúde mental e seus respectivos movimentos sociais; dos gestores municipais e estaduais específicos das redes de saúde mental; e principalmente das instâncias de controle social do SUS, como os conselhos municipais e estaduais de saúde, e particularmente o Conselho Nacional de Saúde e as conferências nacionais de saúde e de saúde mental, que segundo a legislação do SUS (Lei 8.080 de</p>

		<p>1990), constituem as instâncias máximas de definição das diretrizes da política de saúde e saúde mental do país (COFEN, 2017), (Guljor et al., 2019), (Resolução nº 8, 2019).</p> <p>– Aprovação das mudanças sem possibilitar a discussão com a sociedade civil ou entidades especializadas na área de saúde mental (COFEN, 2017), (Guljor et al., 2019).</p> <p>- CNDH recomenda ao Ministério da Saúde suspender a execução de todas as normativas incompatíveis com a estabelecida Política Nacional de Saúde Mental, que subsidiaram a Nova Política; e respeitar as instâncias de participação e controle social, especialmente os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, como espaços legítimos de discussão e definição das políticas públicas de saúde (Recomendação nº 03, 2019).</p>
Tratamentos e procedimentos	<p>- Nota Técnica 11/2019</p> <p>- Resolução 32</p>	<p>- Informação -a ausência de dados públicos sobre serviços e recursos destinados à área</p> <p>- Financiamento para compra de</p> <p>- A publicação da Saúde Mental em Dados, que vinha sendo lançada praticamente a cada ano até 2015, passa a não ser mais produzida. - Entre outras, uma das possíveis razões que poderiam ter levado a monopolização dos</p>

<p>- Portaria 3.588</p> <p>-Decreto 9.761/2019</p>	<p>aparelho de Eletroconvulsoterapia (ECT)</p> <p>- Dissociação da política de saúde mental e a de álcool e outras drogas</p> <p>- Abandono da estratégia de Redução de Danos</p> <p>- Defende a internação psiquiátrica para crianças e adolescentes</p> <p>- Inclusão na RAPS das Unidades Ambulatoriais Especializadas, Hospital Psiquiátrico e Hospital-dia</p> <p>- Criação do CAPS AD IV</p>	<p>dados, foi evitar dar visibilidade para o deslocamento de recursos da atenção psicossocial para as comunidades terapêuticas (Guljor et al., 2019, p. 2).</p> <p>- ECT, a despeito de sua reabilitação na literatura psiquiátrica nas últimas décadas, foi utilizada de modo indiscriminado e punitivo durante os anos de domínio dos manicômios no cenário assistencial brasileiro, e mesmo hoje é tida como estratégia rara e excepcional, devido a seus efeitos colaterais (Guljor et al., 2019, p. 3).</p> <p>- Álcool e drogas passa ser de responsabilidade do Ministério da Cidadania e da Segurança Pública;</p> <p>- Perspectiva de tratamento, na abstinência total (Guljor et al., 2019).</p> <p>- Confronta o Estatuto da Criança e do Adolescente e as recomendações III Conferência Nacional de Saúde Mental, de negação de internações deste grupo etário em instituições de características manicomial, bem como de desinstitucionalização das crianças e adolescentes ainda</p>
--	--	--

		remanescentes em instituições deste tipo (Guljor et al., 2019).
--	--	---

Fonte: Produzido pela autora como resultados da análise dos materiais referenciados na pesquisa

No quadro, para discussão e análise, a atenção psicossocial é sistematizada em categorias, com as ações e pontos da RAPS alterados e as respectivas normativas responsáveis. Tomou-se como referência para as mudanças a Resolução 32, a Portaria 3.588, a Nota Técnica 11/2019 e o Decreto 9.761/2019 por considerar a representatividade destes documentos visto que em conjunto contemplam a bases das mudanças do período. Também por considerar que os demais documentos constitutivos desta pesquisa funcionam como normativas operacionalizantes, complementando ou dizendo como funcionar.

E para as discussões foram tomados a Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019, o documento da ABRASCO de 2017, Resolução nº 8 do COFEN de 2017 e a Recomendação nº 03 de 14 de março de 2019 do CNDH, que dentre os diversos documentos que apareceram na pesquisa se configuram pelo critério da representatividade e partir de diferentes segmentos. Ressalte-se aqui a pretensão de sistematizar o conteúdo dos documentos pesquisados com a proposta de no quadro além da representatividade, contemplar de forma sistemática os pontos abordados nos documentos pesquisados para este estudo.⁹

A primeira categoria tomada é de Serviços e Locais de tratamento, referenciadas com alterações pela Resolução 32 e Portaria 3.588 que trazem alterações como a Expansão e Investimentos das Comunidade Terapêuticas; a Inclusão do hospital psiquiátrico na RAPS,

⁹ Nota 1 -Sobre a representatividade, acertadamente, uma das tarefas de maior dificuldade desta pesquisa considerando o posicionamento de uma grande diversidade de setores e segmentos encontrados literatura científica, documentos formais e não formais, redes sociais e eventos.

Nota 2 – Ainda sobre a representatividade, considera-se que cada um dos documentos acima isoladamente bastaria, pois contemplam em concordância sobre as mudanças em seu conteúdo. Como exemplo o primeiro documento, a Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019, que vem assinada por protagonistas e conhecedores do assunto, enquanto profissionais e pesquisadores. Pode-se dizer da representatividade e conteúdo, que bastaria para contemplar diversos segmentos como a comunidade científica, serviços, associações, conselhos, e mais...

com reajuste da Autorização de Internação Hospitalar (AIH); a Instalação de Unidades Psiquiátricas Especializadas de até 30 leitos nos Hospitais Gerais, devendo obrigatoriamente estar sempre com 80% desses leitos ocupados.

A segunda categoria tomada é a de Diretrizes, Direitos, Princípios legais e assistenciais, referenciadas pela Resolução 32, Portaria 3.588 e Nota Técnica 11/2019. As alterações previstas nesses documentos dizem respeito a uma lógica de características manicomiais e a expressa referência a um modelo de natureza complementar e não substitutivo.

A terceira categoria tomada é a de Tratamentos e procedimentos, referenciadas com alterações pela Nota Técnica 11/2019, Resolução 32, Portaria 3.588 e pelo Decreto 9.761/2019. Traz alterações quanto ao financiamento para compra de aparelho de Eletroconvulsoterapia (ECT); a dissociação da política de saúde mental e a de álcool e outras drogas; o abandono da estratégia de Redução de Danos; defende a internação psiquiátrica para crianças e adolescentes; a inclusão na RAPS das Unidades Ambulatoriais Especializadas, Hospital Psiquiátrico e Hospital-dia; a criação do CAPS AD IV.

Acrescente-se e resalte-se questões relacionadas à informação, que no período constatou-se a não publicidade de dados sobre os serviços e recursos destinados à área de saúde mental, o que acontecia com regularidade até então, comprometendo o seguimento das ações do campo.

Pelo exposto, sobre as mudanças na Política de Saúde Mental brasileira no período, termos como desmonte, retrocesso, nova política, foram encontrados em diversos dos documentos e materiais científicos pesquisados o que aponta para a percepção de que a política do período pretende mudanças que tocam a atenção psicossocial em sua essência. E o conteúdo desses achados confirmam a descaracterização da atenção psicossocial decorrentes das mudanças políticas no período.

Finalizando, cabe aqui Desviat (2022), que relacionado às mudanças refere que no que concerne à sua fragilidade, observa-se o “desmonte” dos serviços públicos e que forma parte do retrocesso, neste caso, brutal, das políticas públicas, propiciado pela hegemonia neoliberal, em nível internacional. Mas, os tempos adversos, de resistência, servem para reconstruir saberes e práticas (Desviat, 2022).

Nesse sentido, que esses tempos se constituam em referência para a reconstrução de um modelo de bases potentes, justo, equânime, produtor de saúde e de vida, condizente às reais necessidades das pessoas. E acima de tudo, que objetive banir (não somente substituir) o que vimos na história que foi permitido pelo modelo anterior.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo compreender e analisar as mudanças na Rede de Atenção Psicossocial decorrentes das normativas instituídas pela política de saúde mental brasileira no período 2016-2020. A partir da caracterização da Atenção Psicossocial instituída nas bases paradigmáticas da RP, em um primeiro momento foi realizado um estudo documental para identificar as mudanças nas políticas do campo da saúde mental por meio de identificação e análise dos documentos e legislação emitidos no período. Em sequência, com base em publicações de seguimentos diversos da sociedade, foi realizada a discussão sobre as mudanças operadas.

No que se refere à questão inicial proposta pela pesquisa os resultados apontam para a afirmativa de que as mudanças na Política de Saúde Mental do período comprometem a Atenção Psicossocial instituída pelos paradigmas da RP. Esta afirmativa se respalda na constatação de que ainda que os documentos governamentais emitidos e apresentados expressem em seus “considerandos” que respeitam os preceitos da Lei 10.2016, dos direitos humanos, éticos, assistenciais, o que “resolve” por meio destes são interpretados como contraditórios se opondo à lógica da atenção psicossocial.

Sobre esta afirmativa e mediante os resultados e o constatado nas discussões pelos diversos segmentos sociais, ressalta-se a importância de contextualização quanto ao momento político do país no período, os atores envolvidos, as bases conceituais norteadoras. Nesse sentido, espera-se que o estudo tenha contribuído socialmente enquanto instrumento e possibilidade de reflexão nas resoluções e decisões que comprometem direitos e que acentuam vulnerabilidades, estigmas e preconceitos.

Com outro olhar, com foco nas necessidades de pesquisas na área, pelo caráter transversal do tema, sugere-se pesquisas nas múltiplas dimensões que o tema requer e possibilita, envolvendo áreas como educação, justiça, trabalho, habitação, enfim áreas implicadas com estas questões e nas quais se refletem as decisões da saúde mental. Também o envolvimento de profissionais e usuários na pesquisa, foram lacunas percebidas neste estudo e fica como sugestão para estudos futuros.

Em vários pontos foi referida a necessidade de trabalhar as questões do campo conceitual, seu entendimento, as divergências na sua compreensão e sua aplicação na prática. Nesse ponto a sugestão se pauta em pesquisas futuras e também rever a forma como esses conceitos estão sendo ministrados nos bancos acadêmicos, se possível, revisar conteúdos ministrados nas disciplinas afins.

Finalmente, pelo teor da pesquisa, das questões levantadas, das discussões, espera-se que o estudo se configure como contribuição na fundamentação das resistências e enfrentamentos das adversidades no campo da saúde mental concorrendo assim para a qualidade da assistência ofertada aos usuários.

Referências

- Almeida, J. M. C. (2019). Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saude Publica*, 35(11), 1–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>
- Amarante, P. (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (Editora Fiocruz (ed.); 1ª). Editora FIOCRUZ. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575415061>
- Amarante, P. (1997). Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In Sonia Fleury (Ed.), *Saúde e Democracia - A luta do CEBES* (pp. 163–185). Lemos Editorial.
- Amarante, P. (2010). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. In P. Amarante (Ed.), *Collection criança, mulher e saúde* (2nd ed.). Editora FIOCRUZ.
- Amarante, P. (2013). Saúde Mental e Atenção Psicossocial. In *Coleção Temas em Saúde* (4th ed.). Editora Fiocruz.
- Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). (2020). *Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil* (p. 34). ABP.
- Abrasco, A. B. de S. C. –. (2017). *Nota contra os retrocessos da CGMAD/ MS frente à política brasileira de saúde mental, de 11 de dezembro de 2017*. ABRASCO. <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/retrocessos-saude-mental-governo-temer/32436/>
- Agenda mais SUS. (2022). *Mais Sus Em Evidências - Saúde Mental* (U. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (ed.)). Agenda mais SUS. www.agendamaisus.org.br
- Alves, D. S. (2009). Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In R. A. de M. Roseni Pinheiro (Ed.), *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (8th ed., pp. 171–180). CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO.
- Amarante, P. (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (Editora Fiocruz (ed.); 1ª).

Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575415061>

Amarante, P. (1997). Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In Sonia Fleury (Ed.), *Saúde e Democracia - A luta do CEBES* (pp. 163–185). Lemos Editorial.

Amarante, P. (2010). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. In P. Amarante (Ed.), *Collection criança, mulher e saúde* (2nd ed.). Editora FIOCRUZ.

Amarante, P. (2013). Saúde Mental e Atenção Psicossocial. In *Coleção Temas em Saúde* (4th ed.). Editora FIOCRUZ.

Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP. (2020). *Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil* (p. 34). ABP.

Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (A. P. Tradução - Luis Antero Reto (ed.); 1st ed.). Edições 70.

Brasil. (1990). Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Presidência da República. [http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei 8.080-1990?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%208.080-1990?OpenDocument) Acesso em: 20 jul 2023.

Brasil. (1992). *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental* (p. 36). Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental.

Brasil. (2001). Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Presidência da República. Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=10216&ano=2001&ato=b4foXWE5kMNpWT0b84>. Acesso em 22 jul 2023.

Brasil. (2003). A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. In *Serie B. Textos Básicos de Saúde*. Ministério da Saúde.

Brasil. (2003). Lei 10.708 de 31 de julho de 2003. Presidência da república. Ministério da Saúde.

Brasil. (2004). Legislação em saúde mental: 1990-2004. In E. M. Equipe (Ed.), *Série E. Legislação de Saúde* (5th ed.). Ministério da Saúde. Disponível em:
<http://www.saude.gov.br/bvs>

Brasil. (2004). Residências Terapêuticas - o que são, para que servem. In *Série F. Comunicação e Educação em Saúde* (1st ed.). Ministério da Saúde. Disponível el em:
<http://pvc.datasus.gov.br>

Brasil. (2005). *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Ministério da Saúde (ed.).

Brasil. (2005). *Política Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil*. EDITORA MS/CGDI/SAA/SE. site: www.saude.gov.br/sas/mental

Brasil. (2010). *Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial* (pp. 1–210). Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Brasil. (2011). Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html Acesso em 22 jul 2023.

Brasil. (2011). Portaria nº 3.090 de 23 de dezembro de 2011. Ministério da Saúde. Pub. L. No. 247, 2011 233 (2011).

Brasil. (2012). Portaria N° 131 de 26 de janeiro de 2012, Ministério da Saúde(2012).

Brasil. (2012). Portaria nº 854. Ministério da Saúde. Disponível em:
<http://www.in.gov.br/autenticidade.htm>

- Brasil. (2012). Portaria 132 de 26 de janeiro de 2012. Ministério da Saúde. Disponível em:
https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html
- Brasil. (2012). Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012. Ministério da Saúde. Disponível em:
<https://bvmsms.saude.gov.br> Acesso em 20 de ago 2023.
- Brasil. (2015). Saúde Mental em Dados 12. In *Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas* (p. 48). Ministério da Saúde. www.saude.gov.br/bvs/saudemental
- Brasil. (2017). Recomendação nº 043 de 15 de setembro de 2017. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2017/Reco043.pdf>
Acesso em 20 jul 2023.
- Brasil. (2017). Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017. Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite. Disponível em:
https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html Acesso em 22 jul 2023.
- Brasil. (2017). Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvmsms.saude.gov.br> Acesso em 20 de ago 2023.
- Brasil. (2017). Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Ministério da Saúde. Disponível em:
https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html Acesso em: 23 jul 2023.
- Brasil. (2019). *Nota Técnica nº 11/2019*. Ministério da Saúde. Disponível em:
<https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> Acesso em 23 jul 2023.
- Brasil. (2019). Recomendação nº 03 de 14 de março de 2019. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Disponível em: <http://www.mdh.gov.br/sobre/participacao-social/cndh> Acesso em: 30 jul 2023. Disponível em: .

<http://www.mdh.gov.br/sobre/participacao-social/cndh> Acesso em: 20 jul 2023.

Brasil. (2019). Resolução nº 8 de 14 de agosto de 2019. Conselho Nacional dos Direitos Humanos. Humanos.

Brasil, (2019). *Decreto nº 9.761 de 11 de abril de 2019*. Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm Acesso em 30 jul 2023.

Brasil (2019). Lei nº 13.840 de 05 de junho de 2019. Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113840.htm Acesso em: 20 jul 2023.

Brasil. (2020). Resolução nº 3 de 24 de julho de 2020. Ministério da Justiça e Segurança Pública/Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-24-de-julho-de-2020-268914833>

Brasil. (2022). Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS). In *Ministério da Saúde* (p. 28). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf/> Acesso em: 20 jul 2-23. Acesso em 30 jul 2023.

Cellard, A. (2012). A análise documental. In V. Autores (Ed.), *A pesquisa qualitativa - Enfoques epistemológicos e metodológicos, Coleção Sociologia* (3rd ed.). Editora Vozes.

Conselho Federal de Psicologia - CFP. (2020). *Nota de Posicionamento do Sistema Conselhos de Psicologia sobre o documento "Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil."* Phys. Rev. E. <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/377/4>

Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. (2017). *COFEN não aceita ro retrocesso na saúde mental*. Conselho Federal de Enfermagem.

- Conselho Nacional de Procuradores Gerais - CNPG. (2018, November 7). Carta da 1ª Conferência Popular Nacional da Saúde Mental Antimanicomial. *1ª Conferência Popular Nacional Da Saúde Mental Antimanicomial 2021*.
<https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
- Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. (2002). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*.
- Cruz, N. F. de O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde, 18*(3), 20. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>
- Delgado, P. G. (2019). Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde, 17*(2), 1–4. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>
- Desviat, M. (2015). *A Reforma Psiquiátrica* (C. L. & Civilização (ed.); V. Ribeiro (trans.); Paulo Amarante; 2nd ed.). Fiocruz.
- Desviat, M. (2022). Sobre a vigência do Manifesto de Bauru em tempos adversos: anotações sobre a demolição do cuidado à saúde mental no Brasil. *Revista Em Pauta, 20*(49), 22–32. <https://doi.org/10.12957/rep.2022.63530>
- Fiore, M., & Rui, T. (2021). *Working Paper Series: Comunidades Terapêuticas no Brasil* (T. Rui & M. Fiore (eds.)). <https://doi.org/10.35650/SSRC.2082.d.2021>
- Flick, U. (2004). *Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa* (Editora Artmed (ed.); 2ª ed.). <http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n3/a04v35n3>
- Flick, U. (2013). *Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes* (Editora Penso (ed.)).
- Franco Rotelli, Ota de Leonardis, D. M. (2019). Desinstitucionalização, uma outra via. In Fernanda Nicácio (Ed.), *Desinstitucionalização* (2nd ed., pp. 17–59). Hucitec Editora.

Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (6th ed.). Atlas.

Governo Federal. (2016). *PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal.*

Guimarães, T. A. A., & Rosa, L. C. S. (2019). A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social Em Questão*, 21(44), 111–138. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=686&sid=59>

Guljor, A. P., Vasconcelos, E. M., Couto, M. C. V., Silva, M. B. S., Delgado, P. G. G., Cavalcante, R., & Lima, R. C. (2019). *Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019* (pp. 1–7).

Luzio, C. A., & Yasui, S. (2010). Artigos além das portaris: desafios da política de saúde mental. In *Psicologia em Estudo* (Vol. 15, Issue 1).

Minayo, M. C. de S. (2017). Profundas raízes de uma árvore frondosa: fundamentos e diversidade em pesquisa qualitativa. In M. V. M. C. Antonio Pedro Costa, Maria Cruz Sánchez-Gómez (Ed.), *A prática na Investigação Qualitativa: exemplos de estudos (1ª parte)* (1st ed., pp. 5–11). Editora Ludomedia.

Paulo Amarante, M. de O. N. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067–2074. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>

Pinho, L. (2022). Memorial ABRASME: Os retrocessos na atenção em saúde mental e drogas no Brasil. In *ABRASME (Associação Brasileira de Saúde Mental)*.

Pitta, A. M. F., & Guljor, A. P. (2019). A Violência Da Contrarreforma Psiquiátrica No Brasil: Um Ataque À Democracia Em Tempos De Luta Pelos Direitos Humanos E Justiça Social. *Cadernos Do CEAS: Revista Crítica de Humanidades*, 246, 6. Disponível em: <https://doi.org/10.25247/2447-861x.2019.n246.p6-14>

- Taño, B. L., & Matsukura, T. S. (2015). Saúde Mental Infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. *Cadernos de Terapia Ocupacional Da UFSCar*, 23(2), 439–447. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAR0479>
- Weber, R. (2020). “Saúde mental para todos”: estudo sobre (des) financiamento no Brasil. In *Saúde mental para todos – investimento e acesso para o exercício da cidadania*. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/saude-mental-para-todos-estudo-sobre-desfinanciamento-no-brasil-foi-apresentado-no-primeiro-dia-do-evento/>
- Weber, R. (2021). *Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.2016/01* (p. 84).
- Yasui, S. (2009). A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. *Cad. Bras. Saúde Mental*, 1, 1–9.
- Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde Debate*, 32(78/80), 27–37. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=514309&indexSearch=ID&lang=p>
- Yasui, S., Luzio, C. A., & Amarante, P. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território / Psychosocial care and primary care: life as territory in the field. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 173–190. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80426>