



Aplicação do conceito de integralidade em sua dimensão política no discurso da atenção psicossocial

Application of the concept of comprehensiveness care in its political dimension in the speech of psychosocial attention

Débora Braga Chaves Gadelha⁽¹⁾; Percy Antonio Galimbertti Catanio⁽²⁾

⁽¹⁾ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6579-8813>; Universidade Federal do Ceará/ Mestranda em Saúde da Família; Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/ Bolsista, BRAZIL, E-mail: dedinhabraga@gmail.com;

⁽²⁾ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4195-3521>; Universidade Federal do Ceará / Professor Dr. orientador do Programa de Mestrado em Saúde da Família, PERU, E-mail: galimbertti@ufc.br;

Todo o conteúdo expresso neste artigo é de inteira responsabilidade dos seus autores.

Recebido em: 23 de março de 2021; Aceito em: 27 de setembro de 2021; publicado em 10 de outubro de 2021. Copyright© Autor, 2021.

RESUMO: Este artigo apresenta inicialmente evidências sobre a relação do conceito de integralidade com o modelo psicossocial em oposição ao modelo manicomial através de revisão bibliográfica e em seguida fornece uma discussão sobre a presença deste princípio no discurso da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Trata-se de um ensaio de natureza teórica, o qual tem como objetivo evidenciar o uso do princípio da integralidade na construção do modelo de atenção psicossocial, assim como seus avanços e retrocessos. Partimos da premissa que o modelo de atenção psicossocial surge fundamentado no princípio da integralidade contrapondo-se ao modelo hospitalocêntrico, o qual é fundamentado no cartesianismo apresentando intervenções limitadas aos fatores biológicos, todavia, trata-se de um processo de desconstrução e reconstrução onde ao passo que avança também recai em retrocessos. Concluímos que embora a integralidade tenha impulsionado as mudanças no sistema de saúde levando a substituição do modelo manicomial pelo modelo psicossocial, a presença deste princípio no discurso da PNSM não é suficiente para garantir a continuidade do processo da reforma psiquiátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Integralidade, Saúde mental, Reforma psiquiátrica.

ABSTRACT: This article initially presents evidence on the relationship of the concept of comprehensiveness care with the psychosocial model as opposed to the asylum model through a literature review and then provides a discussion on the presence of this principle in the discourse of the National Mental Health Policy (PNSM). This is a theoretical essay, which aims to demonstrate the use of the principle of comprehensiveness care in the construction of the psychosocial care model, as well as its advances and setbacks. We start from the premise that the psychosocial care model is based on the principle of comprehensiveness care, in contrast to the hospital-centric model, which is based on Cartesianism, presenting interventions limited to biological factors, however, it is a process of deconstruction and reconstruction where, at the same time, that advances also relapses into setbacks. We conclude that although comprehensiveness care has driven changes in the health system, leading to the replacement of the asylum model by the psychosocial model, the presence of this principle in the PNSM discourse is not enough to guarantee the continuity of the psychiatric reform process.

KEYWORDS: Comprehensiveness care, Mental health, Psychiatric reform.

INTRODUÇÃO

Ao abordarmos o conceito de integralidade, é importante entendermos a sua polissemia como refere Mattos (2009), em seu estudo, o autor faz uma reflexão sobre os sentidos atribuídos ao termo e às políticas e ações relacionadas a ele, defendendo que além de ser uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) é também uma “bandeira de luta”, ou seja, um conjunto de valores relacionados a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária. Neste sentido, Oliveira e Cutolo (2018, p. 149) contribuem com a discussão referindo que a integralidade vem “em busca da liberdade de escolhas garantida pela equidade, da corresponsabilização e da vivência do direito, que sai do escopo teórico da Constituição para a prática, fomentada pela reforma sanitária brasileira”.

Considerando esta perspectiva no âmbito da saúde mental, entendemos a pertinência de investigarmos o uso do conceito de integralidade na sua dimensão política abordada por Mattos (2009) vindo ao encontro de uma visão holística fundamentando a reforma psiquiátrica, a qual se contrapõe às práticas tradicionais e cartesianas do modelo hospitalocêntrico, práticas estas que retalham o corpo, com as suas especificidades, em busca de uma parte patológica passível de correção, justificando o uso de medicamentos que tratam os sintomas e negando a percepção biopsicossocial da saúde. A construção de um novo modelo de práticas em saúde mental é processual e requer uma constante retomada a origem da reforma psiquiátrica para resguardar a sua continuidade na formulação de políticas. Conforme mencionado sobre sua polissemia, um estudo realizado com formandos da área da saúde sobre suas percepções referentes a integralidade evidenciou que dentre nove sentidos apresentados pelos participantes, dois deles foram atribuídos a visão biopsicossocial e holística (OLIVEIRA; CUTOLO, 2015) as quais se opõem ao reducionismo cartesiano de causa e efeito que influenciou as ciências e principalmente a saúde.

Enquanto o cuidado em saúde mental no modelo hospitalocêntrico segue uma linha cartesiana, ou seja, com práticas que identificam sintomas, classificam doenças, indicam tratamentos com medicamentos para remissão destes sintomas buscando se aproximar da cura assumindo o dualismo saúde e doença, causa e efeito, temos em oposição o modelo de atenção psicossocial que segue um conceito de saúde mais abrangente, biopsicossocial, em uma linha holística, ou seja, com práticas que investigam

a situação de saúde não somente por fatores biológicos, mas com suas implicações sociais e econômicas, indicando, assim, intervenções não somente para sanar os sintomas mas, entendendo que a complexidade da saúde mental requer ações intersetoriais. Este estudo parte da premissa que, embora o modelo de atenção psicossocial surja fundamentado no princípio da integralidade se contrapondo ao modelo hospitalocêntrico, sendo já este fundamentado no cartesianismo, a mudança de um modelo para o outro iniciada pela reforma psiquiátrica é um processo com avanços e retrocessos e que embora o discurso da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) esteja embasado neste princípio, a conjuntura atual das portarias e resoluções que regem as práticas nos serviços ainda apresentam algumas características do modelo manicomial.

Abordar o processo saúde-doença, em suas diversas dimensões (biológica, social, econômica, cultural, política), precisa ser compreendido a partir do conceito de integralidade, isto significa que as ações vinculadas às políticas econômicas e sociais refletem nas condições de saúde da população (VASCONCELOS; PASCHE, 2007 apud OLIVEIRA; CUTOLO, 2018), pois estas são submetidas hierarquicamente à determinação social e, posto que “distribuição de renda, justiça social, redução das iniquidades se fazem com política, não com ações multiestratégicas sanitárias” (OLIVEIRA; CUTOLO, 2018, p. 150).

Este estudo tem como objetivo evidenciar o uso do princípio da integralidade na construção do modelo de atenção psicossocial, assim como os avanços e retrocessos da reforma psiquiátrica. O artigo apresenta inicialmente evidências sobre a relação do conceito de integralidade com o modelo psicossocial em oposição ao modelo manicomial através de revisão bibliográfica. Em seguida, fornece uma discussão sobre a presença deste princípio no discurso da PNSM em relação a regulamentação dos serviços do modelo de atenção psicossocial, tomando como base para a argumentação as considerações de Mattos (2009) sobre a dimensão política do conceito de integralidade.

CONCEITO DE INTEGRALIDADE E CONSTRUÇÃO DO MODELO PSICOSSOCIAL

No contexto histórico internacional, os movimentos Medicina Integral e Medicina Preventiva foram a base para a ideia de integralidade. No Brasil, o seu sentido veio a

emergir na VIII Conferência Nacional de Saúde, embora não tenha sido mencionada desta maneira, mas como “integralização das ações” para a superação da dicotomia “preventivo-curativo”, também vemos na Constituição Federal a menção de “atendimento integral” priorizando as ações preventivas sem prejudicar as assistenciais (OLIVEIRA & CUTOLO, 2018; BRASIL, 1986; BRASIL, 1988).

Até aqui, podemos perceber que a integralidade em saúde compreende cuidados preventivos e assistenciais, entendendo-a, assim, como uma visão amplificada de saúde-doença como um processo que envolve fatores protetivos e adoecedores, onde requer-se intervenções não apenas nas necessidades agudas, mas no conjunto de condicionantes deste processo.

No Brasil, a Medicina Preventiva configurou-se como resistência ao regime militar e como um dos berços do movimento sanitário na década de 70, ao mesmo passo em que nascia a Saúde Coletiva, esta, surge como um campo de conhecimento que critica a saúde pública tradicional e a proposta dos Estados Unidos sobre medicina preventiva, a partir de contribuições de um outro movimento sendo ele a medicina social, destacamos sua premissa de considerar as práticas de saúde como práticas sociais. (MATTOS, 2009)

Oliveira e Cutolo (2018) entendem que o sentido do termo integralidade na saúde coletiva não corresponde ao sentido de “totalidade”, pois seria inatingível compreender a totalidade de uma pessoa, e também não é a soma das partes de um todo, pois assim implicaria na fragmentação das ações. Na tentativa de um sentido mais adequado, os autores mencionam uma expressão da língua inglesa *comprehensiveness care* que traduzindo significa “habilidade de compreender um amplo aspecto de determinado objeto” (OLIVEIRA; CUTOLO, 2018, p. 148).

Quando tentamos dar conta da integralidade na saúde com olhares de núcleos profissionais (médico, psicólogo, assistente social, enfermeiro) sobre as necessidades do usuário, mas de forma fragmentada, onde o usuário passa por um fluxo de encaminhamentos para atendimentos especializados com equipes multidisciplinares, mas de forma individual, “mesmo que se somem todos os olhares envolvidos, eles não darão conta do vazamento que as lógicas que habitam a produção do cuidado contêm” (OLIVEIRA; CUTOLO, 2018, p. 150), fato este que confirma a expressão da integralidade nas relações cooperativas, de preferência interdisciplinares onde a ação é conjunta e pressupõe aumento da resolubilidade, da eficiência dos serviços e ainda produz conhecimento entre os pares do trabalho em equipe.

Em seu sentido primordial, conforme Oliveira e Cutolo (2018), integralidade constitui um olhar para as necessidades apresentadas pelo sujeito buscando entendê-las e chegar a uma conclusão sobre seus aportes. Eles explicam que este sentido corresponde ao reconhecimento das necessidades, todavia, se engendra um outro sentido que corresponde as respostas dadas a elas. Tais sentidos, estão atrelados a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

Um outro sentido apontado por Oliveira e Cutolo (2018, p. 150) é o do cuidado humanizado que surge como resposta a superação da fragmentação das atitudes e ações em saúde, e corresponde a ter empatia pelo sujeito reconhecendo sua dimensão biográfica, ética, familiar e social. É válido ressaltar que os autores também consideram que a humanização é intrínseca a integralidade, esta é um processo de construção cotidiana que tem como produto o cuidado humanizado.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) confere a ampliação da integralidade no SUS para além da “articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde” (BRASIL, 2010, p. 13) implicando na forma de acolher o usuário deslocando a atenção, antes voltada para o adoecimento e sintomas, agora para a história de vida e, assim, modificar a organização do trabalho sanitário.

No sistema de saúde anterior a criação do SUS, conforme Mattos (2009), havia a dicotomia de práticas de saúde pública e práticas assistenciais, um dos sentidos da integralidade vem como crítica a esta forma de organização sistêmica e defende a articulação das duas práticas bem como a transformação das práticas fragmentadas e verticalizadas nas unidades de saúde em práticas unificadas e integralizadas, orientadas horizontalmente pelas necessidades da população assistida. O autor traz aqui um sentido de integralidade atribuído à organização dos processos de trabalho de modo a contemplar tanto a demanda programada quanto a demanda espontânea. Nesta perspectiva, a integralidade se faz no encontro entre profissional e usuário, todavia, as configurações dos serviços podem facilitar ou dificultar sua realização na medida em que a cobrança por produtividade quantitativa é requerida.

Um outro sentido que Mattos (2009) atribui a integralidade é referente ao que ele denomina de “políticas especiais” que seriam respostas governamentais dadas a determinados problemas de saúde, ou às necessidades de grupos específicos. Aqui, o autor afirma que a integralidade diz respeito a uma recusa ao reducionismo dos sujeitos alvos das políticas a objetos descontextualizados, também expressa a convicção de que

cabe ao governo produzir respostas que contemplem aspectos preventivos e assistenciais conjuntamente frente a certos problemas de saúde pública as quais sejam capazes de abarcar os diversos grupos atingidos pelo problema, considerando suas especificidades.

Para a Saúde Coletiva, a integralidade “contempla a regulação das políticas públicas do setor, a reorientação da realidade entre Estado e sociedade e considera o cuidado nas mais diversas dimensões do ser humano” (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2009, p. 222). Integralidade em sua dimensão política diz respeito a ações articuladas entre políticas públicas sociais e econômicas sobre a determinação social do processo saúde-doença, o que demanda entendimento sobre as leis, portarias e resoluções que instituem as políticas sociais e suas formas de governos, todavia, esta dimensão política pode ser reconhecida como uma visão contra-hegemônica e, por conseguinte, passível de sofrer resistência, fato que possibilita a dedução de que seja esta característica que lhe confere um caráter utópico (OLIVEIRA; CUTOLO, 2018).

A concepção de saúde como direito garantido pelo Estado é oriunda das reivindicações do movimento sanitário que ocorre no contexto da luta pela redemocratização do país, neste cenário a integralidade é tomada como uma “imagem-objetivo” cuja função é enunciar uma transformação desejável da realidade existente possível de ser concretizada num horizonte temporal definido (MATTOS, 2009).

Borges (2012, p. 44) refere que o SUS “nasceu com o germe da contradição de um sistema nacional de saúde sedimentado numa estrutura mercantilista” e entender a saúde na perspectiva do mercado significa ver o cuidado em saúde como uma mercadoria. Esta visão mercantilista e individualista, conforme o autor, é contrária a visão de saúde como bem coletivo que implica em cuidados de responsabilidade do Estado que para tanto cria os sistemas nacionais de saúde, os quais tem a finalidade de trazer serviços organizados de maneira a atender a sociedade de maneira justa socialmente, de forma equânime.

Em meio as conquistas do SUS, como “inovações institucionais,

descentralização, participação social, consciência do direito à saúde, formação de trabalhadores e tecnologias” encontramos em contradição “o crescimento do setor privado, segmentação do mercado e comprometimento da equidade nos serviços e nas condições de saúde,” assim, os maiores desafios que o SUS enfrenta são políticos, pois, relacionam-se ao financiamento, a articulação dos setores públicos e privados e as desigualdades sociais que afetam o cuidado em saúde da população. (PAIM, 2015, p. 37)

O estudo de Borges (2012) mostra que a influência do neoliberalismo em reformas nos sistemas nacionais de saúde segue os interesses do setor privado sem considerar a demanda da população, orienta à terceirização dos serviços e conseqüente fragmentação, o que contraria o princípio da integralidade.

A partir de uma reflexão sobre tais estudos referentes aos sentidos da integralidade podemos perceber que há uma interrelação entre as diversas dimensões apontadas, seja como visão holística sobre os sujeitos, como atitudes dos profissionais na relação com os usuários, na organização dos serviços para atender a demanda programada e a demanda espontânea com ações conjuntas de assistência, prevenção e promoção da saúde, seja na elaboração de políticas voltadas a sanar problemas específicos de saúde, a integralidade é característica do SUS e, para sua efetivação é primordial seu entendimento para os usuários, os profissionais, os gestores, os governantes e formuladores de políticas, mas principalmente no âmbito das políticas e dos movimentos sociais, pois foi neste lugar que ela se originou.

No século XX, após a Segunda Guerra Mundial, surgiram propostas de mudanças do modelo psiquiátrico centrado no hospital, tais propostas configuraram o início da Reforma Psiquiátrica no mundo (LANCETTI; AMARANTE, 2006). Conforme os autores, veio então a proposta da Comunidade Terapêutica, no Reino Unido e a Psicoterapia Institucional na França, baseada no modelo de cooperativa. Tais propostas trouxeram a oportunidade para o paciente participar do seu próprio tratamento, todavia, ainda se mantinha o modelo hospitalocêntrico com a ideia de lugar de cura. Os autores referem que, posteriormente, vieram propostas voltadas para a comunidade que buscavam reduzir as internações em hospitais, o modelo da Psiquiatria Preventiva nos EUA e a Psiquiatria de Setor francesa, ambas trouxeram a ideia de centros de saúde mental comunitários, porém o hospital continuava sendo a principal referência para as situações graves, e somente na década de 1970 surgem experiências substitutivas ao modelo hospitalocêntrico e conseqüentemente o início do fechamento de hospitais psiquiátricos.

No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em 1986, impulsionou mudanças no sistema de saúde reverberando na I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), realizada em 1987, onde debateu-se sobre a reversão da tendência "hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica" para priorizar o sistema extra-hospitalar e multiprofissional, incentivando estratégias de desospitalização com a criação

de serviços onde não sejam reproduzidas práticas segregacionistas e cronificadoras (BRASIL, 1988).

Podemos perceber no relatório final da ICNSM (BRASIL, 1988) propostas voltadas para um cuidado integral em saúde mental inclinado para a interdisciplinaridade, pois sugere a implantação das equipes multiprofissionais na Atenção Básica e em hospitais gerais e psiquiátricos para propiciar uma visão integral do usuário, respeitando a especificidade de cada categoria. Propõe também a articulação entre a saúde e a educação para a revisão dos pressupostos das práticas preventivas e educativas em saúde mental, contemplando, assim a intersectorialidade. Nesta mesma lógica, defende que a promoção da saúde mental seja trabalhada através de ações integradas com outros programas assistenciais, organizações e movimentos comunitários e outras instituições da sociedade civil.

A partir desta I CNSM, são propostos onze objetivos para a construção de uma política de ações em saúde mental, são eles: universalização e equidade; articulação interinstitucional; ações integradas de saúde; regionalização e hierarquização; descentralização; prioridade do setor público; modificação do modelo assistencial; desenvolvimento de recursos humanos; supervisão e avaliação; epidemiologia; e política terapêutica (BRASIL, 1988).

Em 1989, um ano após a criação da Constituição Brasileira, houve em Santos - SP o primeiro fechamento de um manicômio e início de uma rede de serviços substitutivos, foi a primeira cidade brasileira a implementar os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que deram origem aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tanto as equipes volantes de saúde mental quanto os CAPS deveriam trabalhar em conjunto com as equipes de Saúde da Família e também contribuir para sua capacitação. (LANCETTI; AMARANTE, 2006)

Assim, na década de 1990, enquanto o Brasil vivia um cenário de ampliação global das políticas econômicas neoliberais, a Reforma Sanitária se consolidava como política pública e, paralelamente, a Reforma Psiquiátrica se constituía como um movimento social formado pelos trabalhadores da saúde mental, com forte influência do movimento da psiquiatria democrática italiana, reforçada internacionalmente pela Declaração de Caracas, a qual defendia a mudança do modelo de assistência psiquiátrica tradicional para a atenção psicossocial, cujas propostas estavam aos poucos sendo implantadas por alguns municípios brasileiros (LUZIO; YASUI, 2010; NASI et al., 2009; ALVES, 2009).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental (IICNSM), realizada em 1992, traz um entendimento de processo saúde/doença mental onde, ao se olhar para o sujeito, deve-se considerar a qualidade e o modo de vida como determinantes para sua compreensão e, o exercício da cidadania está ligado ao novo conceito de saúde, assim, faz-se fundamental a existência de uma rede de atenção integral à saúde que esteja articulada com outras políticas sociais como educação, cultura, esporte e lazer, seguridade social e habitação para o desenvolvimento de ações preventivas e intersetoriais (BRASIL, 1994).

Neste período, o Ministério da Saúde lança portarias que mudam o sistema de remuneração das internações psiquiátricas com a finalidade de diminuir o período de internação e, criam novos procedimentos relativos à saúde mental, com isso, inicia uma nova Política Nacional de Saúde Mental. (LUZIO; YASUI, 2010).

Antes desta política a internação em hospital psiquiátrico era a única forma de tratamento para as pessoas até então reconhecidas como loucas e desajustadas, tais instituições funcionavam como asilos para abrigar e disciplinar os “alienados” que representavam perigo para si e para a sociedade (LANCETTI; AMARANTE, 2006). Outra justificativa que, segundo os autores, favorecia a internação, era o conceito de isolamento, explicado por Robert Castel, utilizado para que não houvessem interferências nas observações científicas, dessa forma, convinha que os internos fossem privados do contato com o mundo exterior, pois, também acreditava-se que uma instituição bem-estruturada que cumprisse um papel disciplinar poderia ajudar a pessoa a se reorganizar e, para tanto, era proposto o “tratamento moral”, porém, tais instituições tornaram-se cenário de maus-tratos, violência e violação dos direitos humanos.

Vale lembrar que na década de 1990 o cenário era desfavorável ao avanço das reformas no setor saúde e marcado por retrocessos, o que gerou novas mobilizações e, em meio a este contexto, temos a implementação da descentralização do SUS corroborando para a participação do Ministério da Saúde e das secretarias municipais e estaduais de saúde como os principais indutores do processo da Reforma Sanitária enquanto que os movimentos sociais passam a desempenhar um papel secundário. (LUZIO; YASUI, 2010).

A articulação entres os novos serviços e as associações de usuários e familiares que estavam surgindo como novos segmentos dos movimentos sociais, bem como ONGs e sindicatos, passaram a constituir o movimento da Reforma Psiquiátrica, essa

configuração fez com que ela acontecesse tanto nos espaços do poder público como também se mantivesse enquanto movimento social através do Movimento da Luta Antimanicomial (MLM) (LUZIO; YASUI, 2010).

A Reforma Psiquiátrica critica a hospitalização e a medicalização ao passo que defende a interdisciplinaridade com base na integralidade do cuidado, pois esta considera “a liberdade do usuário, sua circulação nos serviços e na comunidade e a territorialização do atendimento como modos de intervenção” (COSTA-ROSA, 2000 apud NASI et al., 2009)

INTEGRALIDADE NO DISCURSO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: AVANÇOS E RETROCESSOS

Com a criação da portaria 224/92 os novos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos passam a ser regulamentados segundo os princípios do SUS e organizados hierarquicamente por níveis de assistência, embora esta portaria se limitasse a tratar apenas de novos procedimentos e não de serviços em si (LUZIO; YASUI, 2010). No mesmo ano, são criadas outras portarias complementares e a Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica originadas pelas propostas da II CNSM, diante disto, a Reforma Psiquiátrica passa a ser uma política pública (LUZIO; YASUI, 2010).

Já na entrada do século XXI, é sancionada a Lei nº 10.216, no ano de 2001, “que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em Saúde Mental” indicando a inclusão de serviços “psicológicos, ocupacionais, de assistência social e de lazer”, além dos serviços médicos, configurando, assim, o “atendimento integral ao sujeito com sofrimento psíquico”, além disso, neste mesmo ano é realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM) colaborando para a ampliação o debate da Reforma Psiquiátrica, a qual levou a publicação da portaria 336 no ano seguinte, a qual traz como proposta a criação de um novo modelo de assistência à saúde mental de base territorial definido como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) seguindo as experiências já existentes no país (LUZIO; YASUI, 2010; NASI et al. 2009).

A partir desta lei, concretiza-se a ideia de uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM), deliberada na II CNSM, conforme Nasi et al (2009). Segundo Alves

(2009), a intersectorialidade e a diversificação são componentes indissociáveis da integralidade, portanto, a RAISM deve estar articulada com outras áreas que corroboram para o cuidado integral em saúde mental, dada a sua complexidade.

O financiamento neste novo modelo passa a acontecer mediante a Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), todavia:

Se, por um lado, esse modelo de financiamento representou um avanço, já que colocou a proposta de mudança de modelo assistencial, implícita no CAPS, como uma política de relevância e uma ação estratégica do Ministério da Saúde, por outro lado trouxe problemas, porque mantém a mesma lógica de produtividade, ao remunerar atos vinculados a um determinado diagnóstico psiquiátrico de um indivíduo, ignorando toda uma série de ações realizadas no âmbito do território, previstas na Portaria 336/02, tais como a supervisão de unidades hospitalares, o apoio matricial a equipes da Atenção Básica, a articulação com outros setores e segmentos sociais, etc. Continua-se a financiar a doença e não a promoção da saúde. (LUZIO; YASUI, 2010, p. 22).

No contexto inicial da Reforma Psiquiátrica, o CAPS não é uma proposta de serviço assistencialista, mas é uma estratégia de mudança de modelo assistencial à saúde mental que deve articular o cuidado em saúde mental nos mais diversos níveis do SUS (LUZIO; YASUI, 2010). Conforme Nasi et al (2009), não basta apenas criar novos serviços de saúde mental com vistas a garantir a integralidade, pois, para romper com o modelo biomédico é necessário construir um modo de atenção sob a orientação do paradigma psicossocial no qual aconteça a articulação de propostas que abarquem as “dimensões políticas, sociais, técnicas e científicas” na perspectiva ampliada do “cuidado” e não mais reduzida do “tratamento”.

O que determina uma visão integral no atendimento em saúde mental é a compreensão de que o cuidado deve ser centrado no sujeito e em seus problemas, e não no diagnóstico psiquiátrico e no isolamento produzido no modo manicomial (NASI et al., 2009).

Para promover a integralidade nas ações de saúde mental aos usuários em sofrimento psíquico, é necessário o envolvimento de todos os níveis de atenção em saúde, desde os serviços da rede básica de saúde, como os serviços especializados, como os CAPS, até a internação em hospital geral. Destaque-se que nessa Rede de Atenção em Saúde Mental, os CAPS deveriam ter a função de articulação, possibilitando melhor fluxo e atendimento. (NASI et al., 2009, p. 150)

Na sequência dos anos, a política em saúde mental vai sendo ampliada a partir da criação de várias portarias direcionadas para a qualificação das equipes e se estendem para ações que ultrapassam a área da saúde (LUZIO; YASUI, 2010). A proposta de rede de saúde converge com a ideia de horizontalidade que, conforme MATTOS (2006 apud NASI et al., 2009), se apoia no princípio da integralidade onde garante que as ações dos serviços de saúde sejam organizadas partindo da necessidade da população assistida em sua diversidade cotidiana, e não baseado em programas verticalizados do Ministério da Saúde voltados para a doença.

O CAPS deve trabalhar conjuntamente com as equipes de saúde da família numa perspectiva comunitária (NASI et al., 2009), para tanto, a partir de 2001 a Coordenação Geral da Saúde Mental (CGSM) – DAPE/SAS/MS desenvolveu uma série de documentos que orientam sobre a articulação entre o CAPS e a Atenção Básica (TANAKA; RIBEIRO, 2009). A atenção psicossocial propõe uma “organização programática em forma de equipamentos integrais”, nos quais, “a integralidade é considerada tanto em relação ao território, quanto em relação ao ato propriamente terapêutico” (COSTA-ROSA, 2012)

Neste sentido, a Portaria 154 de 2008 estabelece um importante dispositivo para as práticas de saúde mental na Atenção Básica, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o qual presta suporte técnico e institucional às equipes de saúde da família através do apoio matricial. (NUNES; LANDIM, 2016 apud AMARANTE; NUNES, 2018)

Podemos entender o apoio matricial em saúde mental como uma importante estratégia que acontece a partir do encontro entre duas equipes sendo uma da atenção básica e a outra é composta por profissionais com conhecimento especializado, trata-se de um processo de construção compartilhada, com “proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” para o cuidado integral em saúde mental na atenção básica (Brasil, 2011).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorialidade (IVCNSM-I), realizada em 2010, trouxe a intersetorialidade como diferencial em relação as conferências anteriores e reafirmou o campo da saúde mental como:

[...] intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral. Trata-se de um campo que se insere no campo da saúde e ao mesmo tempo o transcende, com interfaces importantes e necessárias reciprocamente entre ele e os campos dos direitos humanos,

assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes, etc. (BRASIL, 2010, p. 09).

Nesta conferência, conforme podemos perceber em seu relatório final (BRASIL, 2010), é definido que o trabalho da rede de serviços de saúde mental deve seguir a lógica do território estando integrado aos demais serviços de saúde, fortalecendo e ampliado as ações da ESF, para tanto, propõe-se a obrigatoriedade de equipes de Saúde Mental na Atenção Básica como uma garantia de acompanhamento dos usuários em seu próprio território. Também vemos que para a superação do modelo asilar e a efetivação da reforma psiquiátrica, orienta-se que as relações entre trabalhadores, usuários e familiares sejam pautadas no acolhimento e no vínculo, visando evitar a reprodução da lógica manicomial nos serviços substitutivos, além disso, é exigido que a integração entre os CAPS e os demais serviços da rede de saúde seja fortalecida objetivando a integralidade e a continuidade do cuidado, promovendo a qualidade de vida, assim, são sugeridas ações preventivas e educativas com a participação de familiares e usuários como protagonistas.

A estruturação de fato desta rede de saúde mental proposta, se firma em 2011 quando o Ministério da Saúde institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da Portaria 3088, conforme Amarante e Nunes (2018, p. 2072), seus principais objetivos são:

[...] a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade; promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantia da 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.

Destacam-se dentre as diretrizes da RAPS respeito aos direitos humanos, promoção da equidade, combate a estigmas e aos preconceitos, acessibilidade e qualidade nos serviços com oferta de cuidado integral e interdisciplinar, humanização, desenvolvimento de atividades no território visando a inclusão social, estratégias de redução de danos, ênfase em serviços de base territorial e comunitária e, por fim, lógica do cuidado centralizada na construção do projeto terapêutico singular (PTS) (BRASIL, 2015).

Os CAPS são definidos, então, como serviços substitutivos ao modelo asilar, de caráter comunitário, com equipe multidisciplinar atuando de forma interdisciplinar nas

situações de crise ou para a reabilitação psicossocial das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, decorrentes ou não do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2015).

Em 2012 o Ministério da Saúde instituiu uma nova forma de registrar e financiar os procedimentos das redes de atenção à saúde a partir do Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) o qual é compatível com o Sistema de Informação Ambulatorial (SAI), neste mesmo ano a portaria 854 insere a RAPS neste novo sistema de faturamento definindo o Código de Ocupação Brasileira (CBO) correspondente para cada ação multiprofissional (BRASIL, 2012).

Na RAPS os serviços são organizados em níveis de complexidade seguindo a lógica da hierarquização, quanto a esta questão, Zambenedetti e Silva (2008) alertam sobre a contradição gerada nesta sistemática onde reduz-se o problema saúde-doença a uma condição organizacional e racional do SUS, definido por uma relação de custo-benefício análoga a um sistema de produção de bens e materiais, dessa forma, o usuário é passado de um ponto a outro da rede semelhantemente a um produto em uma esteira de produção em uma fábrica, nesta sistemática, o fluxo dos usuários na rede acontece por meio da referência e contra-referência.

Os serviços que compõem a RAPS estão organizados em sete grupos diferenciados quanto ao tipo de assistência: atenção básica em saúde; atenção psicossocial; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e estratégias de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

No ano de 2017 a portaria nº 3588 redefine a estrutura da RAPS e traz o hospital psiquiátrico especializado como um de seus componentes contrariando a reforma psiquiátrica que preconiza a extinção desta modalidade de serviço tendo em vista as evidências de violação dos direitos humanos, maus tratos e ineficiência quanto ao sofrimento psíquico ou transtorno mental (BRASIL, 2017; LANCETTI; AMARANTE, 2006).

No ano de 2019 o Ministério da Saúde lança a Nota Técnica nº11 onde aborda a RAPS não mais como uma rede de serviços substitutivos ao modelo manicomial, mas agora considera os seus serviços como complementares e, assim, justifica que não mais fomentará a continuidade do processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos iniciado com a Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2019). O texto traz mudanças para os SRT, os quais

surtem como estratégia de desinstitucionalização para pessoas que devido as internações de longa permanência, acabavam na condição de moradores de hospitais psiquiátricos, a proposta agora coloca a possibilidade de abrigar pessoas com transtorno mental em situação de rua e egressos de unidades prisionais comuns.

É importante refletir sobre o modo de funcionamento do modelo asilar, o qual a reforma psiquiátrica em sua crítica se propõe a desconstruir, para que as novas práticas em saúde mental não caiam no erro de reaplicá-las. Em síntese, Costa-Rosa (2012) refere que as características das práticas do modo asilar são a falta de momentos de conversa entre os profissionais sobre suas atividades comuns, a utilização do prontuário como elo de interconexão entre equipe, mesmo em meio a multiprofissionalidade, a determinação do problema continua sendo vista pela dimensão biológica e, portanto, atribui-se a eficácia do tratamento à intervenção química.

Já no modelo de atenção psicossocial, ressalta-se como determinantes os “fatores políticos e biopsicossocioculturais”, dessa forma, além do aspecto individual, busca-se trabalhar como agentes de mudança a família e o grupo social nos quais o usuário está inserido, posto isto, não bastam ações estratificadas em “prevenção primária, secundária e terciária”, mas “é necessário uma ação integral que vise ao sujeito como existência-sofrimento” (COSTA-ROSA, 2012).

Após quase dez anos sem continuidade na realização das conferências nacionais de saúde mental e sob pressão dos movimentos sociais temos a IV Conferência Nacional de Saúde Mental e Intersetorialidade (IV CNSM – I), embora tenha a inovação da abertura para a participação de outros setores, estes se restringiram a setores do governo e não aos segmentos do movimento social ligados ao trabalho, cultura, educação, direitos humanos e outros. (AMARANTE; NUNES, 2018)

Podemos, então, perceber como as práticas de atenção em saúde mental do modelo psicossocial estão rodeadas de desafios que trazem os fantasmas do modelo manicomial culturalmente presentes no modo de pensar e fazer saúde, no cotidiano dos serviços, na convivência em comunidade, nos processos formativos. A presença da diversidade de núcleos na construção do campo da saúde mental demanda a ampliação de suas concepções e a necessidade de se desenvolver a interdisciplinaridade desde a formação para então se alcançar a integralidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos perceber a integralidade como um termo polissêmico cabendo atribuímos, dentre os seus sentidos, a visão biopsicossocial e holística as quais se opõem à visão cartesiana reducionista que influenciou as ciências e principalmente a saúde (OLIVEIRA; CUTOLO, 2015). Conforme Mattos (2009), a integralidade na composição do SUS vem criticar a dicotomia de práticas de saúde pública e práticas assistenciais e vem em defesa da articulação destas duas práticas de maneira a transformar as práticas fragmentadas e verticalizadas em práticas unificadas e integralizadas, baseadas nas necessidades da população. Enfatizamos a dimensão política da integralidade para a articulação entre as políticas públicas sociais e econômicas as quais interveem nos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Conforme Nasi *et al.*, (2009) o que determina uma visão integral no atendimento em saúde mental é a compreensão de que o cuidado deve ser centrado no sujeito e em seus problemas, e não no diagnóstico psiquiátrico e no isolamento produzido no modo manicomial. Todavia, apesar de a literatura estudada apontar que a reforma psiquiátrica começa com a redução do financiamento dos hospitais psiquiátricos com a intenção de extingui-lo e no entanto, no ano de 2017 assistimos a um retrocesso quando a portaria 3588 regulamenta o financiamento de Hospitais Psiquiátricos Especializados, significa o Ministério da Saúde incentivando financeiramente o fortalecimento do modelo manicomial ainda que sejam colocadas algumas restrições quanto a permanência e reinternação.

Embora a integralidade tenha impulsionado as mudanças no sistema de saúde levando a substituição do modelo manicomial pelo modelo psicossocial, a presença deste princípio no discurso da PNSM não é suficiente para garantir a continuidade do processo da reforma psiquiátrica. O que percebemos é o surgimento de novos serviços face a uma tentativa de integralidade, mas ainda com características do sistema cartesiano.

REFERÊNCIAS

1. AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*. V. 23. N. 6. P. 2067-2074, 2018. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2019.
2. ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO. 2009. [on line] p. 171 – 180 Disponível em: < <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.
3. BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F. B.; FERIGATO, S. H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. *O Mundo da Saúde*. São Paulo: 2009;33(2):218-224. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/218a224.pdf> Acesso em: 02 out. 2019
4. BORGES, F. T. *Desafios e perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS) diante do neoliberalismo*. 2012. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba. 182f. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/104216>>. Acesso em: 05 jul. 2019.
5. BRASIL. *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2019.
6. _____. *Constituição Federal de 1988*. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 04 jun. 2019.
7. _____. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.
8. _____. *Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS*. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Te%CC%81cnica_no.11_2019_Esclarecimentos_sobre_as_mudanc%CC%A7as_da_Politica_de_Sau%CC%81de_Mental.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2019.
9. _____. *Política Nacional de Promoção da Saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2019.
10. _____. *Portaria nº 3.099 de 23 de dezembro de 2011*. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3099_23_12_2011.htm > Acesso em: 14 out. 2019.

11. _____. *Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017*. Disponível em: <<http://138.68.60.75/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2019.
12. _____. *Portaria nº 854 de 22 de agosto de 2012*. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html> acesso em: 14. Out. 2019.
13. _____. *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. 63p.
14. _____. *Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210p.
15. _____. *Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. 1986. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_sau_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2019.
16. COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRU; Loucura & Civilização collection. 3ª impressão, 2012. 316 p. [online] Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/htjgj>>. Acesso em: 16 nov. 2018
17. LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS *et al* (org). *Tratado da Saúde Coletiva*. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2006, p. 615-634
18. LUZIO, C. A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 1, p. 17-26, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000100003>. Acesso em: 23 jul. 2019.
19. MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. IN: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: 8ª Edição. CEPESC. IMS/UERJ. ABRASCO. 2009. p. 43 – 68. Disponível em: <<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.
20. NASI, C; CARDOSO, A. S. F.; SCHNEIDER, J. F.; OLSCHOWSKY, A.; WETSEL, C. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *reme - Rev. Min. Enferm.*;13(1): 139-146, jan./mar., 2009. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/174>>. Acesso em: 19 jun. 2019
21. OLIVEIRA, I. C.; CUTOLO, L. R. A. Integralidade: algumas reflexões. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 42 (3): p. 146-152; 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v42n3/1981-5271-rbem-42-3-0146.pdf>> Acesso em: 04 jul. 2019.
22. OLIVEIRA, I. C.; CUTOLO, L. R. A. Percepção dos Alunos dos Cursos de Graduação na Saúde sobre Integralidade. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2015; 39 (2), 208-217. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000200208> Acesso em: 04 jul. 2019

23. PAIM, J. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde. In: GOMES, I. M.; FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M. de. Orgs. *Práticas corporais no campo da saúde: uma política em formação* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. P. 21-45.
24. TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], 14(2):477-486, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232009000200016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 07 ago. 2019.
25. ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicologia em Revista*, 14(1), 131-150. 2008. Disponível em: <<file:///C:/Users/D%C3%A9bora/Downloads/292-Texto%20do%20artigo-894-1-10-20081106.pdf>> Acesso em: 22 ago. 2019.