



Eixo: Política social e Serviço Social.

Sub-eixo: Seguridade social no Brasil.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVAS PARA O TRABALHO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL

FRANCISCA MARIA CARVALHO CARDOSO¹
EDNA MARIA GOULART JOAZEIRO²

Resumo: Neste trabalho discutiremos acerca do Sistema Único de Saúde e a emergência do processo da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. O SUS como um avanço no processo histórico da Política de Saúde no Brasil e a configuração da Saúde Mental. Este panorama auxilia na discussão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), rede que fortalece o cuidado comunitário no âmbito da Saúde Mental, a partir da intersectorialidade, apoio matricial, e articulação da rede com a atenção básica, com o foco na promoção e qualidade de vida das pessoas em sofrimento psíquico e usuários de álcool, crack e outras drogas.

Palavras-chave: Política de Saúde; Reforma Psiquiátrica; Saúde Pública.

Resumen: En este trabajo discutiremos acerca del Sistema Único de Salud y la emergencia del proceso de la Reforma Sanitaria y Reforma Psiquiátrica. El SUS como un avance en el proceso histórico de la Política de Salud en Brasil y la configuración de la Salud Mental. Este panorama ayuda en la discusión de la Red de Atención Psicossocial (RAPS), red que fortalece el cuidado comunitario en el ámbito de la Salud Mental, a partir de la intersectorialidad, apoyo matricial, y articulación de la red con la atención básica, con el foco en la promoción y calidad de vida de las personas en sufrimiento psíquico y usuarios de alcohol, crack y otras drogas.

Palabras claves: Política de Salu; Reforma Psiquiátrica; Salud Publica.

1. INTRODUÇÃO

O trabalho apresentará um panorama da Política de Saúde no Brasil, apontando processos históricos importantes, como o da Reforma Sanitária Brasileira, a consolidação do Sistema Único de Saúde, a Reforma Psiquiátrica e a Portaria da Política de Saúde Mental que legitima desde 2011, o trabalho articulado a partir de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011).

O objetivo de nossa análise é a partir deste percurso histórico buscar enfatizar o lugar essencial que ocupa a RAPS e o processo de articulação

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal do Piauí. E-mail: <franciscamariacardoso@gmail.com>

² Professor com formação em Serviço Social. Universidade Federal do Piauí.

entre as demais políticas sociais no país para a efetivação de um processo de cuidado consistente e capaz de produzir um cuidado ao usuário centrado (MERHY, 2007) no campo da Saúde Mental.

A partir da Constituição de 1988, a Reforma da Política de Saúde buscava um sistema regionalizado, unificado e descentralizado, universalista em sua cobertura, hierarquizado e diversificado e por fim, participativo para se assegurar o controle social da política, objetivando um destaque especial à discussão principal da reforma que é a descentralização, que implicava efetivamente a municipalização dos serviços de atenção à saúde. Todos estes aspectos se justificavam em função de se permitir um controle democrático dos serviços na saúde. Pois, conforme os artigos art. 196, 197 e 198:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A Reforma Sanitária constitui-se em uma forma de compreender a atual conjuntura da assistência à saúde no Brasil. Segundo Cohn (1989, p. 123), “ela não é um termo unívoco, e nem se restringe ao Brasil, a Reforma Sanitária diz respeito às diversas experiências no âmbito da assistência à saúde do cidadão” apresentando do modelo italiano a maior inspiração para o cenário nacional.

De acordo com Paim (2010), a comemoração dos vinte anos da Constituição Brasileira e do Sistema Único de Saúde – SUS –, se tornou um momento pertinente para se problematizar o processo da Reforma Sanitária no país, principalmente porque a proposta dos estudos da reforma, é problematizá-la, tendo em vista ser uma “reforma”, e como tal, se encontra em discussões, nas pautas e na articulação de mudanças.

A construção da Reforma Sanitária, segundo Paim (2010), se apresenta por meio de quatro dimensões, são elas: ideia, proposta, projeto, movimento e processo. Nesta perspectiva, marcado pela criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979, o momento ideia é expresso por uma reflexão inicial acerca do movimento. O momento 'proposta' envolve um conjunto das proposições políticas difundidas no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, especialmente quando foi defendida, pela primeira vez, a criação do SUS. O 'projeto' se refere ao planejamento e realização da 8.^a Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Ainda conforme Paim (2010), o momento 'movimento' abordou um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais, e o momento 'processo' diz respeito ao conjunto de atos, em tempos e espaços distintos em que se realizam práticas sociais.

É a partir da Constituição de 1988 que a saúde foi reconhecida como um direito social, e o Estado passa a assegurar o 'direito à saúde para todos os cidadãos', esta foi uma das maiores conquistas do Movimento Sanitário no Brasil, o que não se restringiu apenas à criação do Sistema Único de Saúde do Brasil.

Segundo Vasconcelos (2010), o SUS é um sistema que não se restringe apenas a suporte e assistência, ele deve articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, com a cura e reabilitação. Além de garantir princípios de dignidade da pessoa humana; saúde como direito social – condição da cidadania; universalidade – para todos; igualdade – assistência sem preconceitos ou privilégios; equidade – atenção de acordo com as necessidades, ou seja, 'discriminação positiva', quando se priorizam os que têm mais necessidades; integralidade, preservação da autonomia das pessoas; direito à informação às pessoas assistidas, sobre a sua saúde.

No que tange ao cuidado no campo da Saúde Mental, em meados do século XX, surgem em diversos países, como: Estados Unidos, França, Inglaterra, Itália e Brasil um movimento denominado Reforma Psiquiátrica, que em cada país assumiu características específicas, tinha como um de seus

fundamentos a questão do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico em liberdade, afastando-se da perspectiva do confinamento manicomial, e sim privilegiando o cuidado em espaços comunitários de atenção psicossocial. A Reforma Psiquiátrica vem a ser um “conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do “louco” e da “loucura”, mas especialmente em torno das Políticas Públicas para lidar com a questão” (BRASIL, 2004, p. 58). A Reforma é também um projeto social e político, composto de outras instituições, de atores sociais que militam pela causa, se expande em territórios diversos, e em vários âmbitos, seja nos cursos de saúde dentro das universidades, com no âmbito dos governos federal, estadual e municipal, nos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, em pesquisas, no espaços das extensões universitárias, nas associações de pessoas com transtornos mentais, na opinião pública, nos movimentos sociais, entre outros.

Na atualidade, essas discussões referentes às formas de cuidar preconizadas pela Reforma Psiquiátrica, que privilegiam a questão do tratar em espaços da RAPS volta ao centro da prática do conhecimento e de discussão atual, à medida que no Brasil foram instituídas as Redes de Atenção Psicossocial que trouxeram consigo a defesa de buscam ampliar o processo de atendimento com a extensão da rede, buscando melhorias em atendimentos e no cuidado às pessoas com transtornos mentais, em sofrimento psíquico ou as usuárias de álcool, crack e de outras drogas.

2 BREVES NOTAS SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Bertolozzi; Greco (1996), afirmam que no início dos anos 1980, a Política de Saúde no Brasil, com a crise financeira no setor da saúde, que se expressava na seguridade social e no modelo privatizante, com a proposta do Movimento Sanitário, apresentava-se como forte reação às políticas de saúde implantadas, além de emergir como uma alternativa concreta para a reformulação do sistema nesse campo. O processo de Reforma Sanitária, desencadeado por intelectuais e profissionais do Movimento Sanitário, impulsionava à realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Em 1986, o

Ministério da Saúde convocou a 8ª Conferência Nacional da Saúde. Ao contrário das outras Conferências de Saúde que discutiam questões de caráter técnico, a 8ª Conferência, veio com uma proposta diferente, no que se refere à escolha da temática - Direito à Saúde, Sistema de Saúde e Financiamento, à participação da sociedade civil e à preparação que envolveu profissionais da saúde, intelectuais, usuários e membros de partidos políticos e sindicatos.

Com isso, observou-se que a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e o Sistema Único de Saúde (SUS) nascem de conquistas históricas do povo brasileiro, não foram criados por Estado ou partidos políticos, mas são fruto da luta do povo, em específico, o SUS é apontado, segundo Paim (2010, p. 96) como “uma conquista histórica do povo, podendo ser considerado a maior política pública gerada da sociedade e que chegou ao Estado por meio dos poderes Legislativo, Executivo e, progressivamente, Judiciário”.

Nesta perspectiva, a Política de Saúde se consolida e se fortalece ancorada na Constituição Federal de 1988, sendo elevada à condição de direito de todos e de dever do Estado,

[...] garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, CF, 1988, art. 196).

Sua implementação é respaldada no arcabouço jurídico constitucional, da qual a Política de Saúde se constitui num dos tripés da Seguridade Social, também instituída pela Constituição de 1988. Segundo o artigo 194 da Constituição Federal do Brasil de 1988, a Seguridade Social é “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

3 DA EMERGÊNCIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA À IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Segundo Rosa (2000), a emergência da Reforma Psiquiátrica busca politizar a questão da Saúde Mental, especialmente, na luta contra as instituições psiquiátricas; com estratégias de cuidado contra hegemônicas; conquistou mudanças em normas legais e buscou produzir efeitos no campo sociocultural, se articulando com outros movimentos sociais. Criou um movimento social, o Movimento da Luta Antimanicomial, que unia não apenas profissionais de setores da Saúde Mental, mas também, associações de usuários e familiares, estudantes, artistas, entre outros na militância ao movimento.

A Reforma, segundo Desviat (1999), foi apontada como um movimento de humanização e transformação do hospital psiquiátrico, em sua atuação na Itália, ela começou a ganhar força no fim dos anos de 1960 com o movimento estudantil e com o sindicato dos trabalhadores, tendo como lema: um 'não' redondo ao manicômio. Tais clamores juntamente com a reivindicação por uma Reforma Sanitária na Itália, reivindicando um sistema de saúde equitativo e universal, conforme os moldes britânicos deram voz ao movimento.

De acordo com Amarante (1995) na Itália, depois de 20 anos da eclosão da lei da Reforma, o governo instituiu o fechamento dos manicômios até o fim do ano de 1996. Segundo o autor, naquele país foram muitas as resistências, as práticas e experiências heterogêneas, mas mesmo assim, se vislumbrou uma mudança cultural e institucional. É, sobretudo depois da Segunda Guerra Mundial que iniciativas quanto à Reforma se intensificam, propondo-se arranjos de natureza administrativa e técnica “sobre o campo disciplinar e de intervenção da Psiquiatria que, assim, passam a ser explicitamente denominados de reformas psiquiátricas” (AMARANTE, 1996, p.13).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica se caracteriza, segundo Amarante (1995) como um “processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias, o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da Psiquiatria” (1995, p. 87).

Nesse sentido, a Saúde Mental, apresenta como objetivo: articular uma rede de relações entre os sujeitos que possam escutar e cuidar, seria uma equipe multiprofissional composta por inúmeros profissionais do campo. Atores evidenciados neste processo, principalmente porque lidam e vivenciam cotidianamente com as problemáticas, com os usuários e com os familiares. Tal processo social por ser considerado complexo, vem elaborando e enfrentando desafios que emergem em vários âmbitos, desde o campo epistêmico até o campo prático de atuação. No epistêmico, há que se romper com a ideia de que doença é colocada como algo *a priori* negligenciando o sujeito e as experiências vivenciadas pelo mesmo (AMARANTE, 2007).

Segundo Rosa *et al.* (2009) os novos processos de trabalho preconizados pela Reforma Psiquiátrica trariam técnicas e tecnologias inovadoras que propunham um novo trabalho em saúde, principalmente em Saúde Mental. Seria um trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, visando à autonomia e à cidadania dos usuários e dos familiares.

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei nº 10.216/02, visa consolidar um modelo de atenção à Saúde Mental aberto e de base comunitária. Garantindo às pessoas em sofrimento psíquico a utilização dos serviços disponíveis no país.

Segundo Dimenstein; Liberato (2009), a Reforma Psiquiátrica teria se concentrado na implantação de CAPS, em que o trabalho em rede teria se centrado apenas no serviço dos CAPS.

Neste sentido, as Redes de Atenção à Saúde têm buscado fortalecer a saúde e a saúde mental, para fazer frente à centralização da saúde mental apenas na atenção psicossocial especializada, tais redes constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde e o trabalho em rede, significa que não é um trabalho sozinho, pois é um trabalho com conexões e entrelaçamentos, e possibilitando articulações, como por exemplo, do setor saúde, com transportes, educacional, etc. assim, no campo da atenção básica, as RAS. Com a Portaria nº 4.279/2010, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS foram instituídas (BRASIL, 2010).

As redes priorizadas, por serem pontos prioritários na Saúde do país são: Rede Cegonha, que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: iniciando-se pelo câncer (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; a Rede de Atenção às Urgências e Emergências; e Rede de Atenção Psicossocial (com prioridade para o Enfrentamento do álcool, do crack, entre outras drogas). Para a efetivação dessas propostas é necessária a garantia das seguintes ações: qualificação e educação; informação; regulação; promoção e vigilância à saúde.

O propósito das Redes de Atenção é superar a fragmentação histórica da atenção e da gestão do SUS, aperfeiçoando seu funcionamento político-institucional, com vistas a assegurar ao usuário atenção integral, além de um conjunto de ações e serviços, de modo a respeitar a diversidade dos contextos regionais, suas diferenças socioeconômicas e necessidades de saúde da população (BRASIL, 2010).

A RAPS segundo a portaria 3.088 de 2011, foi articulada sob os princípios do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica, com o objetivo de promover o cuidado em saúde, através de uma rede de serviços. Que conforme Almeida; Aciole (2011), é fundamental para se constituir esta rede de serviços, o fortalecimento, por parte do Estado, de um sistema hierarquizado e regionalizado, reunindo os níveis de governo de forma solidária e participativa, e assim perceber que a constituição de redes implica entender que ela integra, organiza, mas muitas vezes exclui e aprisiona, por isso a justificativa em perceber esta implantação do trabalho em rede.

Para tanto, Vasconcelos (2010) expõe a necessidade de novos parceiros e práticas interdisciplinares e intersetoriais, ampliando o cuidado e expandindo o número de atores atuando em rede.

Nogueira e Miotto (2006) apontam o compromisso ético-político e competência técnica dos profissionais a partir da relação com o usuário. Ou seja, ouvir cuidadosamente, apreender, compreender e analisar para identificar as necessidades de saúde da população.

Além disso, Nogueira e Mito (2006), convocam à reflexão sobre as práticas de integralidade e intersetorialidade que potencializam os serviços de saúde e na saúde mental fortalecem os vínculos e o cuidado.

[...] a integralidade não é atributo específico de uma determinada profissão e nem de um serviço, mas compreende distintas práticas profissionais interdisciplinares que se articulam no campo da promoção da saúde, através de diferentes serviços e instituições (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 8).

No Brasil, no que se refere à Saúde Mental, temos a rede básica de saúde, que atua por meio da Política de Saúde Mental, alinhada aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, como uma forma atual de garantir atendimento em rede de base municipal, com essa concepção de cuidar, livre de preconceito e endurecimentos. A Atenção Primária em Saúde tem a função não apenas de porta de entrada, inclusive das demandas de saúde mental, mas como elemento articulador da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (DIMENSTEIN; LIMA; MACEDO, 2013).

No entanto, existem alguns empecilhos que precisam ser observados pelas equipes e gestores no trabalho de articulação entre saúde mental e atenção primária. O principal deles, talvez seja a incorporação de novas tecnologias de trabalho, o que reflete na mudança de modelos tecnoassistenciais em saúde (FEUERWERKER, 2005).

É na Atenção Primária que os processos de trabalho também atuam, bem como os modelos tecnoassistenciais, conforme Silva Junior e Alves (2007), o investimento nestes modelos do SUS é importante para observarmos novos caminhos para a saúde mental, apostando não apenas em abertura de serviço e financiamento de políticas, mas em um modelo de atenção diferente do modelo tradicional do cuidado que não considera a capacidade que o sujeito possui de se relacionar e interagir.

Além disso, outro ponto importante é a ampliação de dispositivos democráticos de discussão e de decisão, com o intuito de ampliar os espaços de trocas, escuta, e decisões coletivas na gestão dos processos de trabalho. Na nova visão do conceito ampliada de saúde que vai em contraposição ao

modelo biomédico, e ao que ele produz, a estratégia de promoção da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é o centro do processo focando principalmente na produção de autonomia da população para que se possa enfrentar situações de vulnerabilidade no processo do cuidado à saúde. Feuerwerker (2005) também aponta que a participação efetiva de gestores municipais, trabalhadores e usuários na construção do SUS, como sistema de saúde que valorize e legitime os direitos da população à saúde, conforme preconiza o sistema em seus princípios de integralidade, equidade e universalidade também fortalecem e efetivam o sistema.

No que se refere ao ato de cuidar na saúde a atenção básica tem um papel fundamental passando à função não apenas de porta de entrada, inclusive das demandas de saúde mental, mas principalmente como elemento articulador da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A Atenção Básica, tem se configurado como eixo fundamental do cuidado e da reorganização da Rede de Atenção Psicossocial, com redefinição da atenção especializada e investimento em estratégias de reabilitação e apoio comunitário (DIMENSTEIN; LIMA; MACEDO, 2013).

Atualmente, para qualificar e sistematizar essa atenção básica em saúde e o próprio Sistema Único de Saúde, tem-se os Pólos de Educação Permanente em Saúde, a formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde, os municípios colaboradores da educação permanente, a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação de Educação Popular em Saúde (ANEPS), o Fórum Nacional de Ensino das Profissões da Saúde (FNEPAS), a formação de ativadores de processos de mudanças na graduação e as Vivências e Estágios no SUS (VER-SUS) todos estes são dispositivos apontados também como estratégias para criar novos espaços democráticos de debate e construção descentralizadas de políticas de saúde, que possibilitavam a participação ativa de novos atores (estudantes e professores da área da saúde e os movimentos sociais) e ampliação das oportunidades em que toda a sociedade (controle social) possa participar do SUS de forma ativa no processo (FEUERWERKER, 2005).

Nesse sentido, surgiu a estratégia institucional conhecida por apoio matricial (AM), que objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção em saúde mental. Visa a favorecer a co-responsabilização entre as equipes e a diversidade de ofertas terapêuticas através de um profissional de saúde mental que acompanhe as Unidades Básicas de Saúde- UBS e permite o conhecimento da demanda em saúde mental que chega à atenção básica, bem como sobre os usuários, as famílias e o território, propondo que os casos sejam de responsabilidade mútua. O Apoio Matricial é um regulador de fluxos que promove uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) permitindo diferenciar os casos que precisam ser atendidos nos serviços especializados e os que podem ser acompanhados pelo PSF, ou pelo menos ser acolhidos momentaneamente por esses profissionais (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008). “Em Natal-RN, desde 2006, vem ocorrendo um processo de implementação do apoio matricial (AM), que articula a rede de serviços substitutivos e as Unidades de Saúde da Família/USF. As discussões acerca do AM em Natal estão em fase inicial, e avançam significativamente nesse processo” (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008, p. 10).

A Atenção Básica é também importante no aspecto econômico, pois diminui a hospitalização e os gastos tecnológicos, já que esse tipo de atenção utiliza tecnologias com custo menor comparado aos que são utilizados nos níveis mais especializados. Entretanto, alguns desafios no Brasil são comuns com relação a AB, como: a infraestrutura e condições de trabalho precárias, o baixo patamar do financiamento público, a cobertura territorial e relação inadequada entre número de equipes e número de famílias, além de enrijecimento de práticas ancoradas nos núcleos profissionais consagrados e hegemônicos que estão presentes no cotidiano dos serviços, a manutenção de processos de trabalho pouco implicados com a inovação e produção de tecnologias de cuidado, a reprodução de um modelo tecnoassistencial que reafirma o isolamento dos níveis de atenção, em especial a Atenção Primária, devido a hierarquização burocrática das redes de serviços, além do pouco amadurecimento tecnogerencial das equipes e da gestão e a falta de ações de

educação permanente para se transformar a realidade técnica e gerencial dos trabalhadores (DIMENSTEIN; LIMA; MACEDO, 2013).

Essa é uma nova visão que se coloca para a saúde como direito do cidadão e dever do estado, resultando de "um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais que se combinam de forma particular, em cada sociedade e em conjunturas específicas, redundando em sociedades mais ou menos saudáveis" (BUSS, 1997, p. 174). Assim, a conquista de uma vida saudável não passa apenas pela saúde, mas pela interação das diversas políticas sociais, pela intersetorialidade (JUNQUEIRA, 1997, p. 18). Pois ela transcende o setor saúde que, em alguma medida acolheu e aprofundou as discussões iniciais e apontou para determinações dos problemas que chegam ao setor, e que não podem ser tratados somente por ele, assumindo uma dimensão mais ampla, intersetorial e esta lógica de atuação deve referir-se à população e ao espaço onde se situam. A intersetorialidade não é um apenas um conceito que engloba as dimensões das políticas sociais, mas também a sua interface com outras dimensões da cidade, como: infraestrutura, o ambiente que regulam a maneira como se dão as relações nos diversos segmentos sociais. Ela deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços. Se tornando uma nova forma de atuar, gerando mudanças nas práticas e na cultura organizacional que as informam.

O ato de mudar vai precisar das alianças de todos os que desejam incrementar a qualidade de vida do cidadão, dentro e fora da administração municipal. Tratar os cidadãos, situados num mesmo território, e seus problemas de maneira integrada exige um planejamento articulado das ações e serviços. Além disso é importante, um novo saber- fazer, como fenômeno ativo, por meio do qual as pessoas criam e recriam os mundos dentro dos quais vivem (JUNQUEIRA, 1997). Essa nova realidade deve ser criada no interior das organizações gestoras das políticas da cidade. O que convoca a participação de diversos atores, parte dessa rede, se interpenetra formando um novo tecido.

Isso significa permear a organização por uma nova lógica, a do compromisso, ética e vontade política dos dirigentes de mudar suas práticas

para oferecer aos cidadãos uma vida com qualidade. Só se muda, com engajamento e vontade dos gestores e de um bom número de trabalhadores. O que pode começar também a partir de uma gestão compartilhada. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um de seus princípios definidos na Constituição Federal a participação social, na perspectiva de democratizar a gestão da saúde. Esta gestão, no entendimento da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), não é exercida apenas no âmbito do sistema e serviços de saúde, mas também diz respeito ao cuidado em saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão aqui proposta buscou percorrer os caminhos da Política de Saúde brasileira e do que historicamente ocorreu em períodos significativos da sua Reforma de Saúde, bem como a criação do SUS e o advento da Reforma Psiquiátrica no país, até chegarmos a uma configuração atual de um trabalho que se propõe realizar-se em rede, no âmbito da saúde mental, e que se propõe ampliar além dos serviços, o acesso aos usuários.

A produção da Saúde Mental vem para tentar responder as demandas sociais, como uma forma diferente e inclusiva de se observar a pessoa em sofrimento psíquico na sociedade. No caso da RAPS, estas redes de atenção vêm como propostas de responder às necessidades dos profissionais e usuários, ampliando a prática do profissional e possibilitando um acesso maior de atendimento ao usuário, efetuando articulação com a intersetorialidade, além de parcerias com a Atenção Básica e o Apoio Matricial. Desse modo, a RAPS busca garantir a inserção e a inclusão desses usuários em setores que lhes são negados. Em virtude disso, a importância da discussão acerca deste Rede, como forma de ampliação e acesso ao cuidado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. B., ACIOLE, G. G. Gestão em rede e apoio institucional: caminhos na tessitura de redes em saúde mental no cenário regional do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface, comunicação saúde e educação**, 2011.

AMARANTE, P. D. de C. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

_____. **O homem e a serpente** – outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem, USP**, v.30, n.3, p. 380-98, dez. 1996.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o Trabalho em Rede: tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica, **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 27 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 29 jan. 2018.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis**, Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

COHN, A. O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - descentralização ou desconcentração? **São Paulo em Perspectiva**, v. 1, n. 3, p. 55-58, Fundação Seade, São Paulo, 1987.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Editora Fiocruz, 1999.

DIMENSTEIN, M; LIBERATO, M. **Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias**: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede, *Cad. Bras. Saúde Mental*, v. 1, n.1, jan-abr. 2009.

_____; LIMA, A. I.; MACEDO, J. P. Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária, In: PAULON, S.; NEVES, R. **Saúde mental na atenção básica**: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Saúde, Educação, Comunicação**, v.9, n.18, p.489-506, set/dez. 2005.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade, **Saúde e Sociedade**, v. 6, n.2, 1997.

MERHY, Emerson E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde — SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, E. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, v. 1, p. 218-241, 2006.

PAIM, J. R. **Reforma Sanitária Brasileira**: avanços, limites e perspectivas. Estado, Sociedade e Formação, 2010.

ROSA, L. C. dos S.; NETO, M. V. F.; GUIMARÃES, L., D. A. Formação em Saúde Mental: a experiência piauiense. In: ROSA, L. C. dos S.; GUIMARÃES, L.; EVELIN, M. (Orgs.). **Cenários de Práticas em Saúde Mental**: A Atenção Psicossocial no Piauí. Teresina: EDUFPI, 2009.

_____. **O impacto do transtorno mental e o provimento de cuidado na família**. Rio de Janeiro: Tese, UFRJ/ESS, 2000.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C., CORBO, A.D.A., (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, p. 27-41, 2007.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Desafios políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. São Paulo: Hucitec Editora, 2010.