

MICSAUDE - II MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DOS CURSOS DA SAÚDE**REGIONALIZAÇÃO NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL:
UMA REVISÃO**¹Tiago Luiz Pereira

¹ Psicólogo, Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais, Professor e Coordenador do Curso de Psicologia do Centro Universitário UCEFF de Itapiranga/SC (tiago@uceff.edu.br).

Grande área do conhecimento: Ciências da Saúde

Resumo

O presente artigo se refere às políticas públicas de Saúde Mental no Brasil, desde a criação do SUS, por meio das conquistas do movimento da Reforma Psiquiátrica que resultou na Lei 10.216/2001 e as portarias mais recentes que ampliam as possibilidades de regionalização dos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Tem por objetivo analisar o processo de regionalização dos serviços de saúde mental diante da necessidade de garantir a integralidade dos serviços de saúde oferecidos a população, em observância aos princípios do SUS. Trata-se de uma revisão bibliográfica, tanto da legislação, quanto de estudos realizados sobre o tema recentemente. Busca evidenciar por um lado os esforços no sentido de estabelecer um processo de regionalização da política pública que atenda às especificidades de cada espaço no território e, por outro, suas fragilidades.

Palavras-chaves: política pública; saúde mental; regionalização.

1 INTRODUÇÃO

Desde meados dos anos 1970, a partir da experiência Italiana, surgiu e se fortaleceu no Brasil o movimento pela reforma psiquiátrica, formado inicialmente por

Centro Universitário

49 3678-8700
Rua Carlos Kummer - 100
Bairro Universitário
Itapiranga - SC | 89896-000

Unidade Central

49 3319-3838
Rua Lauro Müller - 767 E
Bairro Santa Maria
Chapecó - SC | 89812-214

Unidade Palmital

49 3319-3800
Av. Irineu Bornhausen - 2045 E
Bairro Quedas do Palmital
Chapecó - SC | 89814-650

Unidade SMO

49 3621-1205
Rua Santos Dumont - 441
Centro - São Miguel do
Oeste - SC | 89900-000

trabalhadores de saúde insatisfeitos com as condições de tratamento oferecidos a pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, bem como ao aporte de recursos públicos destinados a iniciativa privada para os cuidados em saúde mental da população. Além da insatisfação com a qualidade dos serviços prestados e com o destino de recursos públicos, o movimento também questionava a abrangência e a efetividade do modelo centrado no Hospital Psiquiátrico, visto que parte considerável da população não tinha acesso aos serviços. O movimento foi ganhando força, principalmente a partir da Constituição Federal de 1988 e da consequente criação do Sistema Único de Saúde (SUS), culminando, a partir de experiências exitosas, com a aprovação da Lei 10.216/2011, conhecida como a lei da reforma psiquiátrica, tendo como principal proposta a substituição do modelo de cuidado manicomial e hospitalocêntrico pelo modelo de cuidado centrado no território e na comunidade, humanizado e alinhado aos princípios do SUS (BRASIL, 2005).

A organização do cuidado a partir do território foi se estruturando e novas portarias, tanto no âmbito do SUS quanto da Saúde Mental de forma complementar, permitiram a construção e ampliação de uma rede de cuidados, envolvendo graus de complexidade compatíveis com as necessidades particulares dos usuários, com vistas à integralidade do atendimento e buscando priorizar o cuidado de base comunitária por meio do estabelecimento de redes de cuidado envolvendo o território. Tais esforços têm como objetivo promover serviços de qualidade no âmbito da saúde mental por um lado e evitar internações psiquiátricas desnecessárias, atribuindo grande importância ao tratamento proposto em equipamentos de base comunitária, conforme proposto na Lei da Reforma psiquiátrica (Brasil, 2004).

A Regionalização da Política de Saúde no Brasil surge como estratégia que visa garantir a organização e oferta de serviços, acesso, eficiência, redução de custos, satisfação do usuário, minimizar as desigualdades, produzir impactos positivos nas condições sanitárias e na vida das populações. Busca superar a fragmentação na oferta de serviços de saúde através da ação cooperativa entre municípios, respeitando a diversidade dos contextos regionais, as diferenças socioeconômicas e necessidades de saúde da população que as permeiam (SANTOS e CAMPOS, 2015).

O presente artigo, baseado em uma revisão bibliográfica, busca trazer um panorama da legislação no campo da saúde mental, em atenção às portarias mais recentes, buscando fortalecer a organização regional dos serviços, assim como vislumbrar o cenário

Centro Universitário

49 3678-8700
Rua Carlos Kummer - 100
Bairro Universitário
Itapiranga - SC | 89896-000

Unidade Central

49 3319-3838
Rua Lauro Müller - 767 E
Bairro Santa Maria
Chapecó - SC | 89812-214

Unidade Palmital

49 3319-3800
Av. Irineu Bornhausen - 2045 E
Bairro Quedas do Palmital
Chapecó - SC | 89814-650

Unidade SMO

49 3621-1205
Rua Santos Dumont - 441
Centro - São Miguel do
Oeste - SC | 89900-000

atual, no que se refere à legislação, em um momento de intensas discussões e mudanças substanciais nas propostas e no alinhamento da Rede de cuidado.

A partir da contextualização da política pública de saúde, mais especificamente de saúde mental, por meio de Revisão de bibliografias e da legislação concernentes ao tema, será buscado um diálogo entre o que é proposto e o que é implementado em relação ao tema, contemplando o âmbito da regionalização como ponto importante para a efetivação da política de saúde. Para tanto, o artigo contextualiza os seguintes assuntos: Regionalização das Políticas Públicas, Histórico das políticas públicas de Saúde, Reforma Psiquiátrica, Legislação no Campo da Saúde Mental, Legislação Referente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Considerações Finais.

2 REGIONALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

O interesse pela questão regional brasileira tem uma longa história, embora haja uma enorme dificuldade para estabelecer no país um consenso sobre um projeto próprio de desenvolvimento. Se tem consciência da complexidade e das especificidades do país, dos gargalos históricos estruturais que existiram e ainda existem, porém, o momento permite um respeito às referidas especificidades, possibilitando rejeitar implantes de experiências externas, seja de outros países ou mesmo de outras regiões, diante de um novo quadro socioeconômico e político que permite inovações em práticas institucionais que venham a alterar o quadro regional posto. A Constituição de 1988 se construiu por meio de um processo de inovação política, de “baixo para cima”, através da luta de movimentos sociais e de anseios democratizantes, estabelecendo o Estado Democrático de Direito, recuperando ao estado seu poder indutor de desenvolvimento por meio da descentralização, da participação popular e do compromisso da redução das desigualdades regionais (CARLEIAL, 2014).

A ruptura com a tradicional concepção centralizadora que dominou períodos anteriores no que se refere às políticas regionais no país, com ações federais ditadas de cima para baixo, estabeleciam os rumos da política e da intervenção sobre o território, geralmente associadas à implantação de grandes projetos de investimentos e sem participação dos grupos sociais na definição das políticas e suas prioridades. Apesar de

alguma eficácia econômica, tais políticas foram pouco democráticas e não permitiram a participação das populações locais, que eram as principais afetadas. No período de redemocratização, buscou-se uma abordagem inversa, valorizando o espaço local, aproveitando as diversidades territoriais e a riqueza sociocultural do país como um ativo a ser considerado em cada uma das regiões, além da participação e do controle social (MACEDO e PORTO, 2017).

O ordenamento do território se apresenta, essencialmente, como uma questão política, baseada em objetivos e um processo amplamente ideológico, que remete a associações políticas e concertações federativas ou nacionais. Os territórios, constituídos por lugares reais e regiões construídas social e historicamente, devem ser amplamente valorizados, tanto na percepção quanto na ação de estratégias para o desenvolvimento social, somente assim poderão ser estabelecidos os marcos de uma política de desenvolvimento regional que beneficie toda a população brasileira. Dessa forma, o ordenamento do território é percebido como mecanismo político no sentido de assegurar formas de coesão e relações nas particularidades das regiões. Essa perspectiva corrobora com a regionalização de ações e serviços da saúde proposta no âmbito do SUS, baseado na Constituição Federal de 1988, assegurando assim a coesão e as relações entre lugares e regiões que avalizem os princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde a todos os brasileiros, com vistas a diminuir as desigualdades regionais (DUARTE et al, 2017).

2.1 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A constituição cidadã, promulgada em 1988, por meio de forte apelo de movimentos sociais, em seus artigos 196, 197 e 198 ofereceu sustentação para, em 1990 serem aprovadas as Leis nº 8.080, conhecida como Lei Orgânica do SUS e nº 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão e do financiamento do SUS. Diante da responsabilidade do Estado em garantir a saúde aos cidadãos, propõe-se um modelo de cuidado que os envolva no processo e ao mesmo tempo ofereça cuidados no vasto campo da saúde, considerando sua participação tanto como protagonistas da própria saúde, como usuários de um sistema de base comunitária e também participando no

Centro Universitário

49 3678-8700
Rua Carlos Kummer - 100
Bairro Universitário
Itapiranga - SC | 89896-000

Unidade Central

49 3319-3838
Rua Lauro Müller - 767 E
Bairro Santa Maria
Chapecó - SC | 89812-214

Unidade Palmital

49 3319-3800
Av. Irineu Bornhausen - 2045 E
Bairro Quedas do Palmital
Chapecó - SC | 89814-650

Unidade SMO

49 3621-1205
Rua Santos Dumont - 441
Centro - São Miguel do
Oeste - SC | 89900-000

controle, na fiscalização e nas decisões que envolvem os serviços por meio de conselhos comunitários e conferências (BRASIL, 1988).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu Capítulo II, Artigo 7º, Inciso IX, bem como no artigo 8º, ao abordar sobre os princípios e diretrizes do SUS, dispõe sobre a descentralização dos serviços para os municípios e da regionalização e hierarquização em níveis de complexidade crescente na rede de serviços de saúde, em seu âmbito geral, dando base para a legislação específica sobre saúde mental que, naquele momento ainda não havia sido proposta. Na mesma linha, a legislação específica de saúde mental, mantém-se fiel às diretrizes apresentadas pelo SUS, entretanto, a legislação que possibilitou maior estruturação sobre as demandas de saúde mental apresentadas pela população somente se tornou mais robusta a partir da Lei nº 10.216, promulgada em 06 de abril de 2001. Conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, a mesma conferiu proteção e direitos às pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial no campo da saúde mental, após ter tramitado durante 12 anos até sua aprovação. A referida Lei, no entanto, não instituiu claros mecanismos para a progressiva extinção dos manicômios, mas conferiu um novo impulso à reforma psiquiátrica no Brasil e deu base para portarias e regulamentações posteriores. (BRASIL, 2005)

No que se refere a descentralização e regionalização do SUS como um todo, é fundamental citar a Norma Operacional Básica – NOB/SUS 01/1996 e Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS de 2001. A primeira propôs, em momento importante da implantação do SUS, a municipalização dos serviços, contextualizando a importância da gestão municipal dos serviços de saúde em conexão com as esferas estaduais e federal, entendida como descentralização. Já a NOAS, em 2001, propõe uma ampliação na organização dos serviços de saúde, considerando seus graus de complexidade, visando a oferta de atendimento circunscrito em uma realidade regional, a regionalização.

2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Declaração de Caracas (Opas, 1990) evidenciou uma realidade que já não era sustentável em toda a América Latina. Na ocasião da Conferência Regional para a

Centro Universitário
49 3678-8700
Rua Carlos Kummer - 100
Bairro Universitário
Itapiranga - SC | 89896-000

Unidade Central
49 3319-3838
Rua Lauro Müller - 767 E
Bairro Santa Maria
Chapecó - SC | 89812-214

Unidade Palmital
49 3319-3800
Av. Irineu Bornhausen - 2045 E
Bairro Quedas do Palmital
Chapecó - SC | 89814-650

Unidade SMO
49 3621-1205
Rua Santos Dumont - 441
Centro - São Miguel do
Oeste - SC | 89900-000

Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos sistemas locais de saúde para a América Latina, organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas propuseram o enfrentamento de situações que configuravam uma realidade avassaladora no que diz respeito aos tratamentos oferecidos no campo da saúde mental. Conforme segue na referida declaração, "Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo." Ainda: "Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços" (OPAS, 1990).

No Brasil, o ano de 1978 marca um importante episódio da Reforma Psiquiátrica, com o surgimento o MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental) formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, além de associações de familiares, sindicalistas, associações de profissionais e pessoas com histórico de longas internações psiquiátricas. O movimento passa a denunciar a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, os processos hegemônicos que envolviam uma rede privada de assistência e também passa a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. A experiência de desinstitucionalização em psiquiatria realizada na Itália oferece importante inspiração ao movimento brasileiro e revela a possibilidade de uma ruptura com o modelo até então praticado e começam a emergir propostas para a reorientação da assistência (BRASIL, 2005).

O ano de 1987 marca a II Conferência do MTSM e a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro. No final dos anos 1980 também surgem os primeiros CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), enquanto iniciativas independentes de algumas cidades do estado de São Paulo, constituindo-se como uma importante construção enquanto serviço substitutivo ao modelo hospitalocêntrico. Essas experiências se tornam conhecidas a nível nacional e se mostram claramente alinhadas às propostas apresentadas posteriormente na Declaração de Caracas. Em 1989 da entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PT/MG) que propõe a regulamentação de direitos às pessoas portadoras de transtornos mentais e a gradativa extinção de manicômios no país. A referida lei foi aprovada somente em 2001, sob nº 10.216 (BRASIL, 2015).

Centro Universitário

49 3678-8700
Rua Carlos Kummer - 100
Bairro Universitário
Itapiranga - SC | 89896-000

Unidade Central

49 3319-3838
Rua Lauro Müller - 767 E
Bairro Santa Maria
Chapecó - SC | 89812-214

Unidade Palmital

49 3319-3800
Av. Irineu Bornhausen - 2045 E
Bairro Quedas do Palmital
Chapecó - SC | 89814-650

Unidade SMO

49 3621-1205
Rua Santos Dumont - 441
Centro - São Miguel do
Oeste - SC | 89900-000

Entre os anos de 1990 e 2001, algumas regulamentações no campo da saúde mental foram propostas, a partir do ministério da saúde, no sentido de garantir recursos, embora de forma ainda insuficiente e também regulamentar inicialmente a atuação dos hospitais psiquiátricos no território e iniciar o processo de reorientação da assistência (BRASIL, 2005). Algumas regulamentações se destacaram nesse período. Inicialmente, a Portaria SNAS nº 189/1991 se propôs a aprovar os Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental, mobilizando recursos, a partir de procedimentos realizados nos serviços, para assim dar sustentação financeira aos serviços substitutivos que eram timidamente implantados. A Portaria também discorria sobre a necessidade de que os estabelecimentos de saúde que prestavam serviços de saúde mental, integrantes do Sistema Único de Saúde, seriam submetidos periodicamente à supervisão, controle e avaliação, por técnico dos níveis federal, estadual e municipal, portanto trazendo alguma vigilância às condições dos serviços de saúde mental vinculados ao SUS.

A Portaria SNAS nº 224/1992, pela primeira vez, propõe diretrizes e normas tanto para os dispositivos de saúde mental que surgiam naquele momento (CAPS e NAPS) quanto para os hospitais psiquiátricos ainda em funcionamento, além de iniciar um processo de substituição de leitos em hospitais psiquiátricos por dispositivos comunitários de atenção à saúde mental. Em observância à Declaração de Caracas, a portaria 224/1992 propunha equipes e possibilidades de tratamentos a serem oferecidos às pessoas portadoras de transtornos mentais em serviços regionalizados, portanto, localizados em territórios estabelecidos de acordo com a proximidade e necessidade dos usuários ao mesmo tempo em que estabelecia importante rigor aos serviços prestados por hospitais psiquiátricos vinculados ao SUS, estabelecendo metas de substituição de leitos psiquiátricos por serviços comunitários de saúde mental.

As regulamentações editadas durante a década de 1990 se propuseram basicamente a cumprir com as demandas reclamadas pela Declaração de Caracas, amparadas pelas Leis nº 8.080 e n.º 8.142, no sentido de tornar a oferta de cuidados em saúde descentralizada, regionalizada, comunitária, buscando garantir acesso aos usuários e a efetividade do cuidado. Entretanto, ao final desse período, as iniciativas ainda se mostravam insuficientes, visto que 93% das verbas do Ministério da Saúde para Saúde Mental ainda eram direcionadas a hospitais psiquiátricos, além de contar com 208 CAPS em funcionamento do país (BRASIL, 2005).

Centro Universitário

49 3678-8700
Rua Carlos Kummer - 100
Bairro Universitário
Itapiranga - SC | 89896-000

Unidade Central

49 3319-3838
Rua Lauro Müller - 767 E
Bairro Santa Maria
Chapecó - SC | 89812-214

Unidade Palmital

49 3319-3800
Av. Irineu Bornhausen - 2045 E
Bairro Quedas do Palmital
Chapecó - SC | 89814-650

Unidade SMO

49 3621-1205
Rua Santos Dumont - 441
Centro - São Miguel do
Oeste - SC | 89900-000

2.3 LEGISLAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL NO SUS

A partir da vigência da Lei Orgânica do SUS, que apresentou diretrizes generalistas que formataram o Sistema Único de Saúde, surge, diante dos movimentos pela reforma psiquiátrica e de iniciativas que propunham serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, a necessidade de regulações mais específicas para a saúde mental, enquanto campo específico da saúde. A reforma psiquiátrica pôde se tornar mais efetiva a partir da aprovação da Lei nº 10.216/2001 e da regulamentação de mecanismos que estabeleceram padrões de estrutura, equipes mínimas e funcionamento para os serviços substitutivos, a progressiva extinção de hospitais psiquiátricos, o oferecimento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e a garantia de financiamento para os serviços de base comunitária, a exemplo da Portaria MS 336/2002.

A lei da reforma psiquiátrica, além de conferir direitos às pessoas portadoras de transtornos mentais, teve como objetivo redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, ou seja, estabelecer definitivamente uma nova forma de fazer saúde mental no país, a partir de mais de uma década de experiências exitosas em serviços de base comunitária, e o abandono do modelo hospitalocêntrico na Saúde Mental. Complementada posteriormente pela Portaria MS 336, de 19 de fevereiro de 2002, que discorre sobre as modalidades de CAPS em sua estrutura física, equipes mínimas, população de abrangência, horários de funcionamento, público preferencial, enfim, ordena uma série de informações no sentido de instrumentar os serviços, adequando-os as realidades regionais.

A Lei 10.216/2001 constitui um marco fundamental para a assistência no campo da saúde mental, um exemplo disso é que, no ano de 2004, 64% dos recursos respectivos à saúde mental eram destinados a hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005). Além disso, a expansão dos serviços substitutivos nesse período é notável. O primeiro salto de crescimento do número de CAPS no Brasil ocorreu pelo grande número de serviços implantados em capitais e em municípios de menor porte logo após a Lei nº 10.216/2001 ser aprovada. Os saltos seguintes resultaram do considerável número de serviços implantados nos municípios de pequeno porte, indicando intenso processo de

Centro Universitário

49 3678-8700
Rua Carlos Kummer - 100
Bairro Universitário
Itapiranga - SC | 89896-000

Unidade Central

49 3319-3838
Rua Lauro Müller - 767 E
Bairro Santa Maria
Chapecó - SC | 89812-214

Unidade Palmital

49 3319-3800
Av. Irineu Bornhausen - 2045 E
Bairro Quedas do Palmital
Chapecó - SC | 89814-650

Unidade SMO

49 3621-1205
Rua Santos Dumont - 441
Centro - São Miguel do
Oeste - SC | 89900-000

interiorização dos CAPS no país, particularmente em localidades com menos de 50 mil habitantes. Verificou-se também um cenário de interiorização dos leitos psicossociais, o que indica um movimento importante no processo de desinstitucionalização, mediante a ampliação da oferta de cuidados nesse nível de atenção ocorrendo fora do eixo das grandes cidades e principais capitais brasileiras (MACEDO et al, 2017).

Entretanto, alguns pontos importantes, que dizem respeito a particularidades demográficas brasileiras, acabaram por manter populações desassistidas em termos de atenção psicossocial e serviços especializados no campo da saúde mental. De acordo com a Portaria 336/2002, apenas municípios com mais de 20.000 habitantes poderiam contar com cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais constituem importante estratégia de substituição de leitos psiquiátricos por meio do atendimento das demandas de saúde mental inserido nas comunidades. Nesse caso, uma parte considerável dos municípios brasileiros, acabam desprovidos de equipes especializadas e capacitadas a atender demandas específicas e com maior grau de complexidade no campo da saúde mental, o que se entende como vazio assistencial. Além disso, as equipes responsáveis pela atenção as demandas de saúde mental da população, no caso de municípios pequenos a atenção básica, não dão conta dessas demandas devido insuficiência de profissionais qualificados, fragilidades no processo de acolhimento das demandas e na avaliação dos casos, insuficiência ou nulidade de atividades referentes ao cuidado em saúde mental, propostas de cuidado desconexas com as necessidades e desconhecimento por parte dos profissionais em relação à realidade da população (DIMENSTEIN et al, 2018).

Vazios assistenciais compreendem determinadas regiões do país que não contam com qualquer ponto da RAPS, com exceção de alguns serviços vinculados à atenção primária ou que possuem estrutura insuficiente em relação ao padrão mínimo esperado no que se refere à cobertura nos territórios de saúde (MACEDO et al, 2017).

Diante dessa realidade, frente a necessidade de enfrentamento da situação, surgem recentemente outras regulamentações com o objetivo de dar conta dos vazios assistenciais por meio da organização e regionalização dos serviços, bem como do estabelecimento da Rede de Atenção psicossocial, a RAPS.

Centro Universitário

49 3678-8700
Rua Carlos Kummer - 100
Bairro Universitário
Itapiranga - SC | 89896-000

Unidade Central

49 3319-3838
Rua Lauro Müller - 767 E
Bairro Santa Maria
Chapecó - SC | 89812-214

Unidade Palmital

49 3319-3800
Av. Irineu Bornhausen - 2045 E
Bairro Quedas do Palmital
Chapecó - SC | 89814-650

Unidade SMO

49 3621-1205
Rua Santos Dumont - 441
Centro - São Miguel do
Oeste - SC | 89900-000

2.3 LEGISLAÇÃO REFERENTE A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

A Portaria nº 3.088/2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Estabelece também quais são os serviços que compõem a RAPS, desde a atenção básica, passando por hospitais e serviços de Reabilitação psicossocial, bem como estabelece a integração entre tais serviços de maneira a ampliar a qualidade e abrangência dos serviços prestados.

Em 2017 foi publicada a Portaria nº 3.588, que propõe novos serviços para compor a RAPS, a citar o CAPS AD IV para populações a partir de 500.000 habitantes e capitais dos estados e as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental, além de possibilitar a formação de equipes em Unidades de Referência especializada em Hospital Geral e Unidades de Referência em Hospital Geral.

Algumas críticas importantes se fazem em relação às duas últimas portarias, à 3088/2011 surgem questões referentes a legitimidade de se incluir os Hospitais Psiquiátricos na RAPS, uma vez que a Lei da Reforma Psiquiátrica, em seu artigo 4º propõe justamente o contrário. O que deveria ter acontecido ou estar acontecendo seria a extinção dessas instituições quando na verdade, diante das últimas regulamentações, se vê um fortalecimento das mesmas, bastante em razão de falhas na implantação dos serviços substitutivos por motivos variados, entre eles as lacunas na própria RAPS e equipes insuficientes, além dos estigmas ainda presentes na sociedade em relação as pessoas portadoras de transtornos mentais e os obstáculos que as impedem de se inserir socialmente (SOUSA e JORGE, 2019).

A mesma crítica pode ser aplicada sobre a Portaria 3588, que inclusive foi alvo de recomendação de revogação pelo Conselho Nacional de Saúde (Recomendação 001/2018) - o que não aconteceu, pelo motivo de contrariar o disposto na lei da Reforma Psiquiátrica na medida em que cria instrumentos que incentivam as internações psiquiátricas e ao mesmo tempo não incentivam o fortalecimento e financiamento dos serviços substitutivos a hospitalização (SOUSA e JORGE, 2019).

Centro Universitário

49 3678-8700
Rua Carlos Kummer - 100
Bairro Universitário
Itapiranga - SC | 89896-000

Unidade Central

49 3319-3838
Rua Lauro Müller - 767 E
Bairro Santa Maria
Chapecó - SC | 89812-214

Unidade Palmital

49 3319-3800
Av. Irineu Bornhausen - 2045 E
Bairro Quedas do Palmital
Chapecó - SC | 89814-650

Unidade SMO

49 3621-1205
Rua Santos Dumont - 441
Centro - São Miguel do
Oeste - SC | 89900-000

A atenção psicossocial, consideravelmente pautada na regionalização dos serviços, a partir da pactuação dos serviços tanto nos municípios, quanto nas regiões de saúde, se vê limitada diante de dificuldades na atuação de maneira articulada por equipes que compõe a RAPS. Embora, a partir das legislações que regulamentaram a rede substitutiva tenha ocorrido um processo de ampliação e interiorização dos serviços psicossociais atingindo 86% de cobertura, parte do território brasileiro permanece com importantes fragilidades na assistência à saúde mental. Essas fragilidades são atribuídas a desarticulação dos serviços que compõe a Rede, além das limitações na formação de profissionais e até mesmo da insuficiência de profissionais em determinados territórios, bem como da dificuldade de colaboração entre municípios, do subfinanciamento dos serviços públicos e da alta dependência de serviços privados, diante de um processo de reforma psiquiátrica insipiente (SOUSA e JORGE, 2019).

A Portaria 336/2002, que regulamenta os serviços substitutivos aos Hospitais psiquiátricos, prevê a criação de CAPS em municípios com população superior a 20.000 habitantes, o que basicamente deixa boa parte dos municípios do país sem a possibilidade de oferecer serviços especializados na atenção à saúde mental para sua população, o chamado vazio assistencial. Em 2011, foi publicado o Decreto Presidencial nº 7.508 que, ao regulamentar a Lei orgânica da Saúde, dispõe sobre a regionalização da Política de Saúde visando a integralidade do atendimento à população, estabelecendo em seu Artigo 2º, Inciso I, a Região de Saúde como:

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

No que se refere a questões concernentes aos vazios assistenciais, acabou ficando sob responsabilidade dos estados buscar formas de superar as limitações estabelecidas nas legislações federais, a partir do Decreto 7.508. No estado de Santa Catarina, por exemplo, a nível de Secretaria de Estado de Saúde, surge, a partir de Deliberações do Comitê Intergestores Bipartite, a exemplo da Deliberação 53/CIB/2011, a possibilidade da criação e o incentivo, por parte da secretaria de Estado de Saúde, de CAPS Microrregionais para o atendimento de mais de um município, em observância as

Centro Universitário
49 3678-8700
Rua Carlos Kummer - 100
Bairro Universitário
Itapiranga - SC | 89896-000

Unidade Central
49 3319-3838
Rua Lauro Müller - 767 E
Bairro Santa Maria
Chapecó - SC | 89812-214

Unidade Palmital
49 3319-3800
Av. Irineu Bornhausen - 2045 E
Bairro Quedas do Palmital
Chapecó - SC | 89814-650

Unidade SMO
49 3621-1205
Rua Santos Dumont - 441
Centro - São Miguel do
Oeste - SC | 89900-000

exigências expressas na Portaria 336/2002, assim como a possibilidade de criar Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental, estabelecidas pela própria portaria 3588/2017. O objetivo das referidas deliberações seguem no sentido de buscar superar os vazios na Rede Assistencial a nível de estado, visto o elevado número de municípios de pequeno porte em seu território.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os processos que envolvem a regionalização da política pública se estabelecem como condição fundamental para a sua implementação. A vastidão territorial, assim como dos processos sociohistóricos que permeiam a realidade brasileira desafiam a integralidade dos serviços de saúde ofertados à população, assim como desafiam as estratégias de coordenação dos serviços. Considerando sua importância estratégica, a regionalização surge no âmago do SUS e busca, por meio de vários dispositivos legais, regulamentar esse processo que encontra obstáculos pelo caminho, alguns deles ligados à complexidade territorial do país.

Mesmo diante de um conjunto de legislações que compõe a política pública de saúde, com o objetivo de atingir a integralidade do atendimento, quase duas décadas após a regulamentação da reforma psiquiátrica, a mesma ainda se mostra incipiente, também diante de uma série de obstáculos, alguns deles ainda conectados a conflitos de interesse que estão na base da própria reforma psiquiátrica. Muito se avançou em relação aos cuidados oferecidos a pessoas portadoras de transtorno/sofrimento mental, no entanto há considerável parcela da população brasileira que segue não recebendo a devida assistência no campo da saúde mental devido fragilidades que vão desde legislações que não dão conta da complexidade das realidades de cada região do país, passando por questões que envolvem a coordenação do cuidado e a insuficiência de recursos humanos e financeiros.

Ainda há pela frente longa caminhada para que a reforma psiquiátrica, que iniciou seu movimento a década de 1970, foi regulamentada no início do século e ainda não

Centro Universitário

49 3678-8700
Rua Carlos Kummer - 100
Bairro Universitário
Itapiranga - SC | 89896-000

Unidade Central

49 3319-3838
Rua Lauro Müller - 767 E
Bairro Santa Maria
Chapecó - SC | 89812-214

Unidade Palmital

49 3319-3800
Av. Irineu Bornhausen - 2045 E
Bairro Quedas do Palmital
Chapecó - SC | 89814-650

Unidade SMO

49 3621-1205
Rua Santos Dumont - 441
Centro - São Miguel do
Oeste - SC | 89900-000

atingiu seus objetivos em grande parte, possa se dizer fortalecida, principalmente diante de contextos políticos recentes que já se manifestam nas publicações legais, deixando interrogações sobre como se dará o processo nos próximos anos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. DECRETO 7508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

CARLEIAL, Liana. O desenvolvimento regional brasileiro ainda em questão. In: RANDOLPH, Rainer; SIQUEIRA Hipólita; OLIVEIRA, Alberto de. **Planejamento, Políticas e Experiências de Desenvolvimento Regional**. 1ª. Ed. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2014. pp. 35-56.

DIMENSTEIN, Magda; et al. SALUD & SOCIEDAD. V. 9. No. 1. PP. 070 – 085. ENERO – ABRIL, 2018.

DUARTE, Lúcia Schiavon; et al. **Regionalização da saúde e ordenamento territorial: análises Exploratórias de convergências** In Brasil em desenvolvimento 2013 : estado, planejamento e políticas públicas / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ; editores: Rogério Boueri, Marco Aurélio Costa. - Brasília : Ipea, 2013.

Centro Universitário

49 3678-8700
Rua Carlos Kummer - 100
Bairro Universitário
Itapiranga - SC | 89896-000

Unidade Central

49 3319-3838
Rua Lauro Müller - 767 E
Bairro Santa Maria
Chapecó - SC | 89812-214

Unidade Palmital

49 3319-3800
Av. Irineu Bornhausen - 2045 E
Bairro Quedas do Palmital
Chapecó - SC | 89814-650

Unidade SMO

49 3621-1205
Rua Santos Dumont - 441
Centro - São Miguel do
Oeste - SC | 89900-000

MACEDO, Fernando César; PORTO, Leonardo. Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional. G&DR • v. 14, n. 2, p. 605-631, jan/2018 (ed. especial), Taubaté, SP, Brasil.

MACEDO, João Paulo; et al . A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saude soc.**, São Paulo , v. 26, n. 1, p. 155-170, Mar. 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100155&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mai 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS) e ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE(OMS). **DECLARAÇÃO DE CARACAS**. 1990.

SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.2, p.438-446, 2015.

SOUSA, Fernando Sérgio Pereira; JORGE, Maria Salete Bessa. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, 2019.

Centro Universitário

49 3678-8700
Rua Carlos Kummer - 100
Bairro Universitário
Itapiranga - SC | 89896-000

Unidade Central

49 3319-3838
Rua Lauro Müller - 767 E
Bairro Santa Maria
Chapecó - SC | 89812-214

Unidade Palmital

49 3319-3800
Av. Irineu Bornhausen - 2045 E
Bairro Quedas do Palmital
Chapecó - SC | 89814-650

Unidade SMO

49 3621-1205
Rua Santos Dumont - 441
Centro - São Miguel do
Oeste - SC | 89900-000