

A ATUAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) NO MUNICÍPIO DE ARARANGUÁ/SC

MARTA TERESINHA SILVÉRIO ²

Resumo: O presente artigo foi elaborado a partir do projeto de pesquisa que analisou junto aos profissionais da saúde quais as dificuldades e fragilidades para a efetivação da rede de atenção psicossocial RAPS no município de Araranguá-SC. O artigo faz um resgate histórico da evolução da saúde no Brasil, descreve organização dos serviços voltados à saúde mental no município, elenca a organização e as estratégias da rede psicossocial instituída pela portaria nº3.088/2011, e através da pesquisa identificou e compreensão dos profissionais da saúde sobre a rede e como esta vem sendo desenvolvida junto à atenção básica de saúde.

Palavras chaves: Política de saúde. Saúde Mental. Rede de Atendimento Psicossocial.

Artigo apresentado como trabalho de conclusão de curso de Pós graduação em Educação e Direitos Humanos: Escola, Violência e garantia de Direitos, da Universidade do sul de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de especialista. Orientadora: Professora Karla Cardoso Borges. Karlaborges.sc@gmail.com

² Acadêmica do curso de Pós Graduação em educação e Direitos Humanos da Universidade do Sul de Santa Catarina. martasocial@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde no Brasil avançou significativamente, deixou de ser desenvolvida somente a cidadãos que tinham vínculos empregatícios ou carteira assinada, com serviços médicos individuais que focavam somente no processo de cura, era então necessária uma reforma na saúde, na forma de atenção e atendimento a população, e foi através da reforma sanitária que se deu um longo processo de luta da sociedade por melhores condições para a saúde e atendimento a todos, a partir daí e com a nova constituição de 1988 é que se consolidam novas bases para a saúde, tornando-se direito de todos e dever do estado.

A saúde pública Brasileira apresenta-se ainda como um dos problemas a serem enfrentados no país. Os descasos de alguns governantes e os baixos investimentos para a melhoria da saúde fazem com que a população fique cada vez mais doente e sem acesso ao seu direito básico. Tais ações acabam gerando desigualdades sociais, negação de direitos, e precárias condições de vida a população e a sociedade em geral.

Diante do agravamento de algumas doenças nos deparamos também com o agravamento dos transtornos mentais, que junto com o processo da reforma sanitária também teve avanços significativos na forma de abordagem e tratamento. A reforma psiquiátrica e a nova abordagem da psiquiatria surgiram juntas, cujo objetivo era dar sentido terapêutico e humanizar a forma de tratamento que até então excluía e segregava os pacientes.

Foi somente após as guerras mundiais que a sociedade passou a ter um novo olhar para o paciente de transtorno mental, surgem então às primeiras ações em relação à reforma psiquiátrica, onde perpassou por vários países. A lógica já não era mais a estruturação dos hospitais psiquiátricos, mas sim a total extinção, sendo necessário um novo modelo de atendimento, o objetivo era a desinstitucionalização como novo processo de atendimento e tratamento dos

pacientes, e ao encontro dessa proposta surgem os Centros de Atenção Psicossocial CAPS em todo o país.

Os CAPS são regulamentados pela portaria nº336 de 19 de fevereiro de 2002 do Ministério da Saúde, são serviços estratégicos onde substituem o modelo manicomial, são caracterizados por porte de clientela, recebendo as denominações de: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad. Os CAPS tem por objetivo realizar atendimento a pacientes com transtornos severos e persistentes, sendo a prioridade a reinserção desses pacientes na sociedade. Para fortalecer ainda mais a política de atenção à saúde mental surge a Rede de Atenção Psicossocial a RAPS regulamentada pela portaria nº3.088 de 23 de dezembro de 2011, onde busca consolidar um modelo aberto de base comunitária, estabelecendo objetivos e diretrizes ao atendimento a pacientes com transtorno mental, incluindo também os efeitos nocivos do uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. A rede RAPS integra o Sistema Único de saúde.

A RAPS vem como suporte ao modelo de atendimento em saúde mental, prioriza a desinstitucionalização de pacientes acometidos por transtornos mentais ou por uso de substâncias psicoativas, vem fortalecer ainda mais o atendimento, priorizando ações de base comunitária e territorial visando a diminuição de internações.

Sendo assim diante desse novo modelo que se apresenta na política de saúde mental a presente pesquisa foi realizada no Município de Araranguá-SC, pertencente a associação dos municípios do extremo sul catarinense AMESC, onde pretende elencar quais as dificuldades e fragilidades para a efetivação da rede RAPS em Araranguá, fazendo um resgate histórico da evolução da saúde, descrevendo a organização dos serviços de apoio, elencando os objetivos e as diretrizes, e através da pesquisa identifica-se a compreensão que os profissionais da saúde têm sobre a rede e conseqüentemente como está inserida na atenção básica de saúde. A pesquisa será realizada de forma qualitativa e explicativa e método de abordagem dedutivo. A amostragem probabilística, sendo entrevistados 18 profissionais da saúde que participaram de um percurso formativo em Santo André/SP durante

um mês de como são estruturadas a rede RAPS. A coleta de dados deu-se com questionário com 18 perguntas semiaberta, em que se parte de um roteiro básico para a coleta de dados. Através da pesquisa e tabulação dos dados foi perceptível que a RAPS no município de Araranguá caminha a passos lentos, já existe alguns encontros para a discussão de como implantar a rede, porem falta muito: como apoio do governo e uma articulação maior com os próprios trabalhadores da saúde e demais órgãos. A rede de apoio é fragilizada, não há capacitação permanente as estruturas são deficitárias para atender a demanda que só cresce.

Com tudo são necessários muitos esforços complementares para melhorar ainda mais a qualidades dos serviços em saúde, e preciso fazer uma saúde pública de qualidade, equânime, com base na comunidade e território capaz de solucionar e enfrentar os desafios diários.

2- A ORDEM DE PRIORIDADE DE SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO

Ao analisar o processo de desenvolvimento da área da saúde, percebe-se que o mesmo evoluiu. Antigamente, no século XVII, preocupava-se mais com um funeral descente do que com a própria saúde. Com o passar dos anos e com as várias transformações que ocorreram, começa haver, em vários países, inclusive no Brasil, uma preocupação maior com a cura das doenças mais graves e com as pessoas idosas. Muitos anos mais tarde, houve uma conscientização maior quanto à necessidade de se tratar as várias doenças e desenvolver ações esporádicas de prevenção. (BRAVO, 1986).

Contudo, as alterações ocorridas no ano de 1930, na sociedade brasileira, têm seus indicadores voltados para o processo de industrialização, ao novo papel do estado, ao surgimento de novas políticas sociais, além de reivindicações dos trabalhadores e operários da época.

Este processo, sob o domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora que vivia em precárias condições de higiene, saúde, habitação. (BRASIL, 2000, p.1).

A política de saúde desse período era organizada em dois focos: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O setor de saúde pública estendeu-se até os 60, com condições mínimas de atenção a saúde da população urbana e rural, herdando alguns requisitos do pensamento higienista.

A medicina previdenciária, que surgiu na década de 1930, estendeu-se a um número maior de categorias, porém preocupou-se mais efetivamente com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços. Em 1945 a 1950 foram definidos orçamentos para as despesas com assistência médica e farmacêutica, também foi criado durante a segunda guerra mundial, o serviço especial de saúde pública (SESP), com apoio de uma organização norte americana. A situação de saúde começava a ter as primeiras respostas, o que ficou constatado que em 1950 até 1960, houve uma melhora significativa nas condições sanitárias, mais ainda persistia elevada taxa de morbidade e mortalidade infantil, como também mortalidade geral. (BRAVO, 1986).

A estrutura de atendimento hospitalar era apenas de ordem privada e a população que não fazia parte da previdência social, ficava desprotegida sem direito a ter qualquer acesso à saúde.

Não se constitui, portanto, saúde como direito do cidadão e muito menos dever do Estado, mas sim a assistência médica como serviço ao qual se tem acesso a partir da clivagem inicial da inserção no mercado de trabalho formal e para qual se tem que contribuir com um percentual do salário sempre por meio de um contrato. (COHN, 1999, p.15).

Tal fato coloca a atenção à saúde como sendo um contrato, dicotomizado separando ainda mais a população em classes diferentes. A partir de 1964, a sociedade brasileira convive com os dilemas de uma ditadura militar,

tendo ainda mais agravos, como a grande massa excluída de seus direitos básicos, saúde, educação, cultura e lazer.

Conforme Sposati (1999, p.18): “As altas taxas de desigualdade social são instrumentos da manutenção da exclusão política, assim como a sua banalização”. Diante da situação vigente que assolava o país, o Estado interviu com formas de assistência com cunho repressivo, pois era necessário acalmar a massa de excluídos, era necessária a adequação desses ao sistema, tendo como a finalidade de aumentar o poder do Estado, amenizando as questões sociais, visando sempre o capital. Os programas de saúde se desenvolviam, ainda com base na esfera privada, visando à saúde como forma de arrecadar lucros.

Reverter esse processo, isto é, perseguir a equidade, significa não apenas eliminar privilégios de grupos e pessoas, mas também contemplar a discriminação positiva, a fim de garantir mais direitos a quem tiver mais necessidade, dada a própria especificidade da saúde, em que doenças iguais não significam doentes com necessidades iguais. (COHN, 1999, p.21)

Os representantes do poder não conseguiram sua hegemonia, precisando de novas estratégias para o enfrentamento dos problemas da sociedade. As políticas sócias dos anos de 1974 a 1979 visaram a maior efetividade no enfrentamento das questões sociais a fim de frear as reivindicações de um grande contingente da população que objetivava melhores condições no atendimento à saúde. Os anos 80 foram marcados pelo projeto da reforma sanitária. A saúde nesta época ganhou novos aliados com ideias de transformação que invadiu a sociedade para rumos democráticos e a elaboração da constituinte cidadã e 1988. “Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estritamente vinculada a democracia” (BRASIL, 2000, p.109).

Os principais pontos que foram discutidos tinham como foco a saúde como direito social e dever do Estado, reordenamento dos setores com vistas à melhoria do atendimento coletivo, um sistema unificado, financiado e ampliado, e formação de conselhos deliberativos e populares de saúde e conferências sobre saúde. Muitos foram os debates que dividiram representantes da

sociedade, onde cada qual priorizava interesses próprios em detrimento da sociedade, porém os debates ultrapassaram a análise setorial referindo-se a sociedade como um todo, propondo não somente o sistema único da saúde, mas a reforma sanitária.

Todavia, a proposta da plenária constituinte sobre a questão da saúde foi atendida em sua grande maioria. A partir da constituição de 1988, foram grandes as conquistas.

O direito universal a saúde e o dever do Estado, acabando com a discriminação existente entre segurados, não segurados, rural e urbano; As ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do sistema único de saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado nos sistema deverá ser complementar, sendo vedada a destinação pública para subvenção as instituições com fins lucrativos (BRASIL, 2000, p. 110)

A reforma sanitária e a implantação de um sistema único de saúde foi um dos maiores avanços na área da saúde pública brasileira. Apesar do sistema único de saúde ter sido constituído em 1988, esse só foi regulamentado em 19 de setembro de 1990, com a Lei nº8.080/90 do Ministério da saúde, a qual define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de gestão e funcionamento.

2.1- História da Loucura

No Brasil em 1830 não havia nem um tipo de tratamento para os doentes mentais, os que detinham o poder ou tinham condições econômicas eram mantidos em suas casas, já os pobres e sem condições financeiras eram lançadas a própria sorte, perambulavam pelas ruas e muitos eram atendidos pelas Santas Casas de Misericórdia e que não saiam jamais, uma vez que eram considerados como marginais e que assim sendo deveriam ser afastados da sociedade. Ainda no mesmo ano os Franceses, Pinel e Esquirol lutavam por

novas maneiras de se tratar a loucura, novas formas de atendimento ao doente mental. Tais ideias invadiram a sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que lutavam pelos mesmos ideais dos Franceses, que tinham como objetivo a criação de hospitais para o tratamento dos doentes mentais, os ditos “loucos” da época. Foi somente em 1841 que Dom Pedro II sensibilizado com a luta por melhor assistência aos doentes mentais, assinou o decreto de criação de um hospício ao qual levou seu nome por 40 anos. (FOUCAULT, 1972).

As instituições hospitalocentricas que iam surgindo tinham moldes Franceses, com muito espaço e luxo, um dos mais conhecidos foi inaugurado em 1852 na praia vermelha, afastado da cidade e ficou conhecido como o palácio dos “loucos” devido a toda sua luxúria, porém a forma de tratamento continuava a segregar e separar os doentes agora de forma institucionalizada. Os ricos e abastados ficavam no ócio, enquanto os pobres, negros e escravos eram os responsáveis por toda a manutenção do local. Com toda a responsabilidade que recebiam acabavam recuperando-se com maior facilidade que os demais que ficavam sem atividades.

Com o passar dos anos chegava cada vez mais pessoas de todos os lugares do Brasil, os hospícios tornaram-se um verdadeiro caos, com superlotação e estruturas em precárias condições. O agravamento da situação gerou uma série de críticas ao modelo de atendimento pelos intelectuais da época, e para amenizar a situação, o caos instalado e a superlotação do hospício foram criadas as colônias dos alienados. Tais colônias recebiam doentes mentais de sexo masculino, diagnosticados como incuráveis e tranquilos, os mesmos eram sujeitos a trabalhos agrícolas e artesanais nas colônias. (ARBEX, 2013).

Com tudo, os doentes mentais ganharam apenas um espaço diferenciado para o tratamento, as correntes foram deixadas de lado, porém surgiram às camisas de força, eletrochoques e muitas outras técnicas de contenção que levavam o doente a óbito. A forma de segregação continuou a mesma, tanto no hospício como nas colônias, estava sujeitos a exclusão, enclausuramento e sem contato social algum, sem contar que o estigma da

loucura que não foi superado. “O internamento é a eliminação espontânea dos a-sociais”. (FOUCAULT, 1972, p.27).

Sendo assim, apenas os espaços foram reformulados, o tratamento continuou o mesmo, os estigmas da loucura perpassaram o tempo.

2.2- A reforma Psiquiátrica

No Brasil o processo da reforma psiquiátrica é iniciado no final dos anos 70, devido a um movimento dos trabalhadores da saúde mental, tal processo de luta não fica atrás de outros movimentos, onde vários setores e instituições foram os protagonistas para que uma mudança ocorresse na forma de tratamento/atendimento aos doentes mentais. Foi uma transformação política e social onde estavam envolvidos, gestores, trabalhadores, usuários, familiares, movimentos sociais, docentes, intelectuais da área e estudantes. A reforma foi marcada por lutas, conflitos e desafios, sendo a desinstitucionalização a principal alternativa para as velhas práticas hospitalocentricas e manicomiais, rompendo com a exclusão social, com o propósito de um cuidado em liberdade junto à sociedade no qual o paciente estava inserido. “O paciente passava a ser tratado dentro do seu próprio meio social, da sua comunidade, sendo a internação considerada como uma etapa do processo de tratamento”. (TORCELLI et al., 2004, p.24).

Uma das estratégias principais da reforma psiquiátrica foi à consolidação, expansão e qualificação da rede de atenção à saúde mental, foi onde surgiram os Centros Atenção Psicossocial os CAPS, que se constituem com base em novo modelo de tratamento e atendimento para o paciente de transtorno mental, psicose, neurose, esquizofrenia, usuários de drogas entre tantos outros. São serviços de saúde aberto e comunitário de cuidado intensivo, personalizado, interdisciplinar e que procura promover a qualidade de vida dos usuários do serviço, são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, visando estimular sua integração sócio familiar, apoiando suas iniciativas na busca de autonomia, oferecendo atendimento médico,

psicológico e social. Os CAPS possuem serviços estratégicos na política e na rede de atenção a saúde mental, a criação dos CAPS em todo o território nacional foi um marco de extrema importância na mudança do cenário de atenção a saúde mental. (BRASIL, 2004).

Segundo Torcelli et al. (2004, p.35):

Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários a sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode ser dada a partir do CAPS, mas sempre em direção comunitária.

Os CAPS surgiram como novas estratégias de atendimento aos pacientes acometidos com transtorno mental ou em uso de substâncias psicoativas são dispositivos que objetivam a ressocialização e reinserção social e comunitária. As garantias de tratamento para o paciente com transtornos mentais ou em uso de substâncias psicoativas estão dentro dos parâmetros de saúde integral do SUS, está prevista na constituição Federal de 1988 onde devem assegurar bem estar mental, integralidade psíquica e pleno desenvolvimento intelectual e emocional.

A Lei Federal nº10.216 de 06 de abril 2001 do Ministério da Saúde foi uma conquista do movimento social organizado e que deu respaldo a reforma psiquiátrica e depois sobre a proteção das pessoas com transtorno mentais, onde redimensiona todo o modelo de atenção e assistência aos usuários. Com as novas mudanças da lei a Rede de atenção aos usuários deve estar articulada, uma vez que os CAPS são referências centrais ao atendimento, o trabalho não pode ser desenvolvido isoladamente, é necessária a contribuição das UBSs, do ambulatório de saúde mental, das UPAs, dos hospitais com a disponibilização de leitos, da coesão de outras secretarias de referência como Assistência Social e Educação.

As redes possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. O fundamental é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência e seu sofrimento. (BRASIL,2004, p.12).

Sendo assim os profissionais devem cumprir seu papel buscando sempre a autonomia dos usuários ao meio social em que vivem, articulando serviços e fortalecendo a rede de atenção. Para tanto o trabalho desenvolvido na Rede de Atenção Psicossocial e nos serviços específicos na área da saúde depende muito de uma equipe coesa, não apenas com profissionais específicos de áreas determinadas cada qual fazendo seu trabalho. As equipes de referência representam muito mais que somente desempenhar funções, significa a junção de conhecimentos com foco em único e objetivo que são os usuários.

Portanto, uma equipe não é simplesmente um conjunto ou grupo de pessoas que se aplicam a uma tarefa ou trabalho. Se não há um propósito comum, se não há compartilhamento de propósitos, se não existem estratégias estabelecidas em conjunto pelo grupo para alcançá-lo não existe equipe. (MUNIZ, 2011, p.93)

No entanto uma equipe não se constrói sozinha é necessária uma estrutura organizacional onde se tem um programa ou serviço de referência a ser desenvolvido por tal equipe. O conceito de equipe de referência surgiu na área da saúde como suporte de apoio matricial, mas especificamente em serviços de saúde mental, atenção básica e serviços hospitalares do SUS.

Cada unidade de saúde se organiza por meio de composição de Equipes, denominadas, “Equipes de Referência” formadas seguem características e objetivos da própria unidade e de acordo com a realidade local e disponibilidade de recursos. (EGLI MUNIZ apud, CAMPOS, 2011, p.95).

Por tanto as equipes são referências para determinado grupo atendido de acordo com a condição social e suas vulnerabilidades e o território onde estão localizadas. E sendo o trabalho de base comunitária nada melhor do que equipes preparadas a atender o usuário como um todo, o que demandaria um planejamento aprofundado da realidade local, não apenas com ações focadas e sim planejadas, estruturadas e eficazes, fazendo da localidade do usuário mais um ponto de apoio.

O valor do indivíduo depende do lugar em que está e que, desse modo, a igualdade dos cidadãos supõe, para todos, uma acessibilidade semelhante aos bens e serviços, sem os quais a vida não será vivida com aquele mínimo de dignidade que se impõe. (SANTOS, 1998, p.116)

O acesso igualitário para todos os cidadãos se efetiva pelo planejamento e efetividade de políticas públicas.

3- A REDE BÁSICA DE SAÚDE DE ARARANGUÁ

Segundo o Plano Plurianual Municipal de Araranguá-SC de 2010 a 2013 a rede básica de saúde é organizada de maneira territorializada sendo composta pelos seguintes bairros: Centro, Vila São José, Coloninha, Morro dos Conventos, Hercílio Luz, Jardim das Avenidas, Urussanguinha, Divinéia, Alto Feliz, Polícia Rodoviária, Cidade Alta, Mato Alto, Lagoão, Sanga da Toca, Jardim Cibelli com supervisão específica e articulada com um Ambulatório Central.

A rede de atenção básica está organizada na Estratégia de Saúde da Família, tendo como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, aproximando-se da família criando vínculo, identificando, atendendo e acompanhando os agravos à saúde do indivíduo e comunidade.

O município possui treze equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) implantadas em 15 Unidades de Atenção Básica (UBS) e uma equipe de Saúde Bucal. Cada equipe é composta por um Médico, um Enfermeiro, um Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem e, em média, de 5 a 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com carga horária semanal de 40 horas, responsáveis pela vigilância e acompanhamento da situação de saúde da comunidade de abrangência. Estas equipes recebem o apoio do NASF, núcleo este constituído de: fonoaudiólogo, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social e psicólogo.

Os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) foram criados através da portaria nº154 de 24 de janeiro de 2008, surgiram com o objetivo de qualificar as ações da atenção básica vinculadas à Estratégia de Saúde da Família (ESF), bem como, fortalecer e regionalizar a rede de serviços existentes. Também objetiva assegurar retaguarda especializada aos profissionais, além de permitir suporte técnico-pedagógico às equipes de referência e ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários.

As equipes desenvolvem as ações programáticas de forma a reorganizar o modelo curativo de atenção à saúde, visando uma atenção integral e efetiva à população e em especial aos grupos mais vulneráveis como é o caso da criança, da mulher, do idoso, dos portadores de doenças crônicas, de acordo com o Pacto pela Saúde estabelecido pela Portaria nº. 399/GM de 2006.

Nos últimos anos, o município de Araranguá vem ampliando a cobertura pela ESF, alcançando uma cobertura superior a 80%, visando à consolidação do modelo assistencial de atenção básica. (ARARANGUÁ-SC, PLANO PLURIANUAL, 2010 a 2013, p.72,73).

3-1 Saúde Mental

A Política de Saúde Mental de Araranguá está estruturada com Ambulatório

de Saúde Mental, CAPS I e ESF. As situações de urgências/emergências em saúde mental são atendidas no Pronto Socorro do Hospital Regional de Araranguá (HRA) e quando necessária internação, os leitos estão referenciados para a Casa de Saúde Rio Maina no município de Criciúma, no município de Urussangua e de Nova Veneza. A Secretaria de Saúde de Araranguá mantém convênio com uma clínica de Recuperação, sediada no município, para usuários de álcool e drogas, garantindo 18 leitos/internações/mês. O ambulatório de saúde mental tem sua estrutura juntamente nas dependências da subsecretaria de drogas, com quadro de equipe técnica estruturado com objetivo de atender a população que sofre de transtornos mentais e dependentes químicos de drogas e álcool.

Os pacientes com transtornos mentais severos e persistentes são atendidos no Centro de Atendimento Psicossocial CAPS I. (ARARANGUÁ-SC PLANO PLURI ANUAL -2010 a 2013, p.73).

3-2-Subsecretária de políticas sobre Drogas

A subsecretaria de políticas pública sobre drogas foi instituída através da Lei Municipal nº3.141, 20 de março de 2013, a mesma dispõe sobre a criação do Sistema Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas - SISMAD e do conselho municipal de políticas públicas sobre drogas - COMAD em Araranguá e dá outras providências.

São objetivos do Sistema Municipal de Políticas Públicas Sobre Drogas:

I - Formular a política local sobre drogas, em obediência às diretrizes dos Conselhos Nacional e Estadual de Políticas Públicas Sobre Drogas;

II - Estabelecer prioridades nas atividades do sistema, através de critérios técnicos, financeiros e administrativos fixados pela SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas, CONEN - Conselho Estadual de Entorpecentes e Conselho Municipal de Políticas Públicas Sobre Drogas - COMAD, tendo em vista as necessidades e peculiaridades locais;

III - Manter e modernizar a estrutura e os procedimentos da administração nas áreas de prevenção, repressão, tratamento, reinserção social, fiscalização e repressão ao tráfico e uso indevido de drogas, buscando o seu constante aperfeiçoamento e eficiência;

IV - Estimular pesquisas, visando ao aperfeiçoamento do controle e fiscalização do tráfico e uso indevido de drogas, que causem

dependência física ou psíquica; V - Promover junto aos órgãos competentes a inclusão de subsídios pedagógicos e educacionais sobre drogas, instrumentalizar os professores a fim de que possam ser transmitidos com observância de seus princípios científicos; VI - Promover junto aos órgãos competentes a inclusão de itens específicos nos currículos de Ensino Fundamental e Médio e de Nível Superior, com a finalidade de esclarecer os alunos de forma didática e científica, quanto à natureza, efeitos e consequências das drogas e de programas de prevenção contínuo e sistemático; VII - Promover a realização, por especialistas ou profissionais reconhecidamente habilitados nas atividades ligadas ao uso indevido de drogas, de cursos periódicos de especialização destinados a habilitar professores do Ensino Fundamental e Médio e de Nível Superior, e Lideranças Comunitárias, em Convênio com o Conselho Estadual de Entorpecentes e Escolas de Ensino Superior, Coordenadoria Regional da Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Comunitário, a fim de que possam ser transmitidos conhecimentos da matéria, com observância dos princípios estabelecidos, e que atendam, de maneira uniforme, aos propósitos do Sistema ora instituído; VIII - Manter parceria com o Conselho Estadual de Entorpecentes do Estado de Santa Catarina, para execução de programas, em nível municipal, da política sobre drogas. (ARARANGUÁ, LEI MUNICIPAL nº3.141, 20/03/ 2013).

4- A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

A RAPS é instituída pela portaria nº3.088 do Ministério da Saúde, de 23 de dezembro de 2011, com propósito de atender pacientes com transtornos mentais, de substâncias psicoativas e álcool. A rede RAPS tem foco nos serviços de base comunitária e territorial adequando-se as necessidades dos usuários, onde estabelece objetivos, diretrizes, componentes e, pontos de atenção. Instituem-se também o grupo condutor Estadual, tal grupo assume formato de camará técnica ativa, organizadora. É constituída por técnicos indicados pela Secretaria Estadual de saúde (SES) e pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSENS), com apoio do Ministério da Saúde (MS), a portaria também prevê a criação de um camará técnica municipal ou grupo condutor em cada município com apoio da Secretaria de Estado. São atribuições do grupo condutor: 1-mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase; 2-apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação e a implementação da rede; 3-identificar e apoiar a solução de possíveis pontos

críticos em cada fase; 4-monitorar e avaliar o processo de implantação e de implementação da rede.

Segundo a portaria do Ministério da saúde nº 3.088 de 23 de dezembro 2011 a RAPS está presente em toda a rede de atuação: atenção básica, atenção psicossocial estratégica, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégia de desinstitucionalização, estratégias de reabilitação psicossocial. Tem como foco as seguintes diretrizes:

Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; combate a estigmas e preconceitos; garantia de acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional e interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; desenvolvimento de estratégias de redução de danos; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; promoção de estratégias de educação permanente; desenvolvimento da lógica do cuidado para as pessoas com transtornos mentais e com necessidades de correntes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo a construção do projeto terapêutico singular. (BRASIL, portaria nº3.088 de /23/12/2011).

Segundo a portaria do Ministério da Saúde nº3.088, de 23 de dezembro de 2011 os objetivos em termos estaduais, regionais e municipais coadunam-se com a busca da: racionalidade dos gastos; otimização dos recursos; eficiência na atenção a saúde; e redução das desigualdades locais e regionais. Para tanto, o conjunto do sistema precisara trabalhar no sentido e alcançar: Atenção primária resolutiva, qualidade da atenção, acessibilidade, economia de escala, organização das redes de atenção à saúde, dinamização da passagem das atuais regiões da saúde. São objetivos da RAPS:

Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover a vinculação aos pontos de atenção das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, e suas famílias; garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território; qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências; promover cuidados em saúde especialmente grupos mais vulneráveis; reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; prevenir o consumo e a dependência de crack, de álcool e outras drogas; promover a reabilitação e a inserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes de uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio de acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde; desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da rede de atenção psicossocial; e, monitorar e avaliar a qualidade dos serviços através de indicadores de efetividade, resolutividade da atenção. (BRASIL, portaria nº3.088 de /23/12/2011).

5- A PESQUISA COMO INSTRUMENTO QUE SUBSIDIA A PRÁTICA E APONTA INDICADORES

As pesquisas são de grande relevância por terem utilidade social e científica. A coleta de dados ocorreu através de questionário com perguntas abertas e fechadas, realizadas no período de março de 2016. Os dados foram interpretados e analisados com base na realidade, a partir da possibilidade de transformação social e da percepção da realidade em constante movimento e interação. Seguem abaixo os resultados da pesquisa a qual aponta os indicadores que refletem diretamente na saúde da população.

A preocupação com a qualidade dos serviços seja na área da saúde, habitação ou social não é recente, por tanto, os trabalhadores da saúde e integrantes da rede RAPS devem ser conhecedores dos processos históricos e da evolução da saúde e saúde mental ocorridas no Brasil e que este conhecimento deve auxiliar como base para novos dispositivos. “É importante enfatizar as ações de cunho educativo, preventivo que possam esclarecer a

população, sendo que tais ações são menos dispendiosas”. (BUISCHI, 2000, p.24). Sendo assim:

Para os profissionais entrevistados 60% dos participantes disseram ser conhecedores dos processos históricos ocorridos, 40% conhecem pouco os processos históricos da saúde. Já com relação se o conhecimento ajuda para a criação de novos dispositivos 87% responderam que sim, o profissional de saúde deve ser conhecedor dos processos históricos e que isso auxilia para novos dispositivos, 13% responderam que auxilia em parte.

As unidades básicas de saúde devem estar articuladas e com equipes treinadas para assumir os novos processos de atendimento que surgem, o que se propõe e o que significa as novas demandas, estas devem ser resolutivas como porta de entrada ao paciente acometido por uso de substâncias psicoativas e transtornos mentais. Portanto, são essenciais profissionais engajados e capacitados para lidarem com as várias questões que apresentam os usuários da saúde, e o trabalho em equipe tem feito parte da prática da maioria dos profissionais nas últimas décadas, tem sido recorrente o termo da interdisciplinaridade em diferentes áreas. “A interdisciplinaridade envolve relações de interação dinâmica entre saberes” (BRASIL, 2010, p.18).

Para os profissionais que atuam na área 6% relatam que são feitas reuniões e há interesse, já para os 47% que responderam não e 47% que responderam em parte, falta conscientização, conhecimento, capacitação continuada, pouco interesse dos profissionais, não há planejamento por parte da gestão, estrutura fragilizada, trabalho focado médico/paciente; a demanda é muita para uma equipe reduzida, falta preparo e manejo com os usuários, pouco conhecimento dos profissionais sobre o que é a RAPS. Já com relação à resolutividade 12% acham que as unidades são resolutivas, pois atendem pacientes com transtornos, 27% dos profissionais que responderam não e 61% em parte, falta capacitação, comprometimento da equipe, maior apoio e efetivação do matriciamento, o trabalho não é uniforme alguns profissionais apresentam condutas diferentes no atendimento, não sabem acolher, estrutura deficitária, a rede de atenção fragilizada não há matriciamento dos serviços de saúde mental e CAPSI.

A organização da Rede de Atenção em Saúde (Unidades de Saúde, CAPS I, Saúde Mental, Subsecretaria de Drogas, UPA e Hospitais) deve estar articulada para dar o suporte necessário à população em caso de urgência e emergência em Saúde Mental sendo que isso é ampliar o acesso a o bom atendimento na atenção Psicossocial da população em geral. Buscar soluções a toda uma problemática e as questões que envolvem uma maioria da população é dever dos profissionais, interagindo com as demais áreas, englobando ações conjuntas com vistas a um projeto que possa superar tantos dilemas e dificuldades.

Assim é que promover espaços de troca entre os profissionais, profissionais e usuários, estabelecer fóruns de diálogo e debate, construir redes colaborativas na construção da saúde e no compromisso com a inclusão social contribuirá também para tal empoderamento não só dos pacientes, mas também dos profissionais, favorecendo o reconhecimento das suas potencialidades e facilitando o enfrentamento dos desafios inerentes a sua atuação, para que algumas recomendações possam ser formuladas.(BRASIL,2010,p.56).

Por tanto 6% acredita que após o percurso de Santo André há um maior comprometimento de alguns profissionais. Já para os 12% que responderam não e os 82% que responderam em parte a rede não está articulada para dar o suporte necessário de urgência e emergência em saúde mental, o trabalho ainda não é feito por demanda espontânea, há sempre a exigência do encaminhamento medico, equipe reduzida x estrutura física, não existe um fluxo único de atendimento, falta suporte hospitalar para atender os usuários no sentido de urgência e emergência, trabalho em rede não acontece, o trabalho é atribuído somente ao ambulatório de saúde mental e CAPSI. Já para um bom atendimento e sua ampliação os itens foram elencados por ordem de prioridade pelos entrevistados o trabalho em rede é um dos fatores de maior relevância para 100% dos profissionais, para 92% é qualificação dos profissionais e disseminação do tema, 67% são leitos psiquiátricos e implantação de outros serviços de apoio, 40% acreditam que faltam médicos com formação em Psiquiatria e 12% responderam outros serviços. Em suma as maiorias dos profissionais acreditam que faltam mais dispositivos para atender os usuários,

mais verba, mais recursos de trabalho (veículos a disposição da equipe), disseminação do tema para a população e profissionais, matriciamento; figura do médico ainda muito presente, muito preconceito, é necessário uma mudança cultural no modo de tratar e ver os usuários acometidos por transtornos mentais.

Para que a RAPS possa abranger a população usuária é necessária à coesão de Secretarias relevantes no município tais como: Saúde, Assistência Social e Educação e todas devem ter o entendimento do que é a RAPS.

O conceito ampliado de saúde e o reconhecimento de uma rede de condicionantes e determinantes sociais da saúde e da qualidade de vida exigem dos profissionais e equipes de trabalho, articulação com redes/instituições que estão fora do seu próprio setor (BRASIL, 2010, p.18).

Dos profissionais entrevistados 20% acreditam que sim, que as secretarias estão articuladas e que todos procuram participar da RAPS e entender o que a mesma vem trabalhando para atender a demanda. Já para 80% dos que responderam não ou em parte, falta trabalho em rede, falta maior comprometimento da gestão e de outras secretarias onde trabalham com concepções reducionistas acreditando que saúde mental e exclusividade somente da secretaria de saúde.

A oferta de formação permanente aos profissionais da saúde para a disseminação RAPS, bem como para dar suporte à rede e atender de forma integral a população é essencial. O conhecimento da dinâmica dos serviços de atendimento do Município tais como: Saúde Mental e CAPS I são importantíssimas no processo de trabalho enquanto rede. “O processo de educação permanente possibilita principalmente a análise coletiva do processo de trabalho para efetivar a ação educativa”. (BRASIL, 2010, p.19).

Para 6% dos profissionais, os mesmos acreditam que a RAPS avançou bastante depois do percurso de Santo André/SP. Já para 94% dos que responderam não ou em parte ainda falta organização dos setores para que os profissionais participem das reuniões, as reuniões não acompanham um fluxo, são esporádicas, as equipes estão sobrecarregadas com grupo restrito que participa. Acredita-se que a RAPS passara a ter maior visibilidade a partir de um evento que

ocorrera em maio de 2016 ao qual participarão um número maior de profissionais e demais secretarias e outros municípios. Sobre o conhecimento da dinâmica dos serviços 60% dizem conhecerem os serviços, já 40% em parte, os fluxos mudam constantemente e os profissionais não são avisados, ou seja, não há comunicação entre os setores e programas.

As equipes de apoio como as Unidades de Saúde, NASF, UPA, SAMU e Hospitais e vice e versa devem fazer seu papel como equipe de suporte e apoio à saúde mental e CAPSI, assim como uma roda de engrenagem um apoiando o outro, ou seja, uma rede articulada, uma vez que o suporte de apoio é necessário para evitar internações desnecessárias. A RAPS em suas diretrizes deixa claro que a internação psiquiátrica em hospitais tidos como manicômios não é o correto e que os pacientes acometidos por surto devem ser atendidos em hospitais gerais. “O trabalho integrado das equipes de saúde da família e saúde mental potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades.” (BRASIL, 2010, p.34).

Para 27% dos profissionais as equipes estão prestando apoio necessário e que o suporte deve partir do CAPS I, ambulatório de saúde mental e não ao contrário, já para 73% os profissionais encaminham o paciente para o ambulatório de saúde mental e CAPS I isentando-se do atendimento, algumas equipes ainda não sabem lidar com o paciente (medo), insegurança e falta de conhecimento, pouco comprometimento. Falta uma maior atuação do NASF, profissionais pouco capacitados e treinados, perfil ainda muito presente do médico x paciente, ou seja, atendimento focado somente no médico ou em seu encaminhamento, desmerecendo assim o atendimento da equipe. Opinião formada por alguns que o paciente de transtorno mental deva ser atendido somente no CAPSI, o paciente é visto apenas como um Código de Identificação de Doenças (CID10) e não como um ser. Para a maioria dos entrevistados esse processo em Araranguá não funciona, uma vez que o hospital regional não dispõe de leitos psiquiátricos ficam com o paciente por apenas 24 horas, os pacientes são encaminhados para hospitais tidos como manicômios, sendo a referência à Casa de Saúde Rio Maina em Criciúma. Profissionais condicionados apenas com seu espaço de trabalho e não conhecem a dinâmica de outros

serviços e isso gera o repasse de atendimento. No CAPSI são feitos manejos verbais e medicamentosos com os pacientes com monitorando diário até que o surto passe e o pacientes se restabeleçam, para 12% não sabem como funciona este tipo de atendimento, 6% não tem informação, 6% não respondeu esta questão.

A RAPS é um processo a ser construído, tem vários dispositivos para fortalecer o atendimento e a qualidade dos serviços, um deles e o matriciamento este dispositivo devem ser efetivos aos programas já existentes como Saúde Mental e CAPS. E as unidades Básicas de Saúde devem estar prontas para assumir o trabalho com os pacientes referenciados pela RAPS.

O cuidado compartilhado prevê uma rede de ações, dispositivos de saúde e dispositivos comunitários que possibilitem que o processo de cuidar se organize tendo como eixo central o sujeito e seu processo de saúde/doença". (BRASIL, 2010, p.36).

Para 54% a RAPS ainda é um processo a ser construído, para 40% acontece discretamente, mas já iniciou. É necessária a união de todos para que o processo aconteça, para isso ainda existem muitas lacunas a serem observadas, 6% não opinaram. Sobre o matriciamento 6% dos profissionais responderam que não acontece, para outros 6% disseram que este dispositivo deve ser norteado pelo CAPSI que deve buscar ajuda dos gestores, e para 6% sim acontece e parece ter bom resultado. Para o restante o matriciamento fica em segundo plano, os funcionários se comunicam via telefone para obter as informações acerca do pacientes e CAPS I e saúde mental não participam do matriciamento. Sobre as unidades de saúde estar prontas a um atendimento proposto pela RAPS, 14% responderam que as unidades básicas estão prontas para esse trabalho e 80% falta mais atuação em matriciamento, funciona mais poderia melhorar, falta conhecimento teórico, prático e manejo dos médicos e técnicos, falta apoio da gestão e de outras redes envolvidas; falta capacitação, equipe maior para atender a demanda, 6% não tem esta informação.

O que foi colocado no percurso em Sandro André/SP poderia ser aplicado no município de Araranguá, sendo este um dos pioneiros na implantação da rede. E o serviço referenciado existente hoje como Subsecretaria de Drogas, Saúde Mental e CAPS I, estes serviços devem ser preparados para cumprir os objetivos e as diretrizes que a RAPS estabelece e propõe. Para que isso aconteça e se efetive foram elencados itens relevantes:

Para 27% dos profissionais acredita-se que basta fazer os investimentos necessários, já para 73% falta apoio e união no Município, às realidades e demandas são diferentes, em Santo André/SP há vários dispositivos em Araranguá são poucos, a questão cultural interfere muito nesses casos em Santo André a relação com os usuários e bem mais resolvida; em Araranguá não há financiamento para alguns projetos, serviços como trabalho em rede, geração de renda, consultório de rua, CAPS III, CAPSi, poderiam ser implantados. Sobre os serviços reverenciados 88% dos profissionais que responderam não e em parte é necessário apoio da rede e de todos os profissionais envolvidos no processo de construção da RAPS, falta estrutura física adequada, recursos humanos e instrumentos de trabalho e veículos; faltam ainda atividades culturais e de lazer aos usuários, falta também informação sobre as diretrizes e objetivos da RAPS; seria necessário a implantação de um CAPS ad o que melhoraria em muito o atendimento. Para 12% os serviços estão preparados para assumir o novo processo que demanda a rede de apoio.

Dos itens abaixo todos foram assinalados, e segue por ordem de prioridade:

Entendimento da população 80%, entendimento dos funcionários da Saúde 80%, maior articulação da rede RAPS com outras Secretarias 80%, mais espaços de atendimento para os problemas relacionados com as drogas e a saúde mental da população 80%, apoio do governo 73%, maior conhecimento por parte dos usuários 54%.

Sobre a avaliação do percurso em Santo André/SP:

Para 94% dos profissionais o curso foi excelente e muito bom já, para 6% razoável. Ainda 12% responderam que foi um trabalho diferenciado, totalmente comprometido com o bem estar social/ físico e mental dos usuários, com total sintonia com toda a rede de apoio e união dos profissionais, citaram ainda como experiência ímpar.

Salientamos que 17% dos profissionais não responderam à pesquisa sugerida (03 profissionais da saúde) e que os % foram arredondados de uma casa acima.

Com tudo, diante da pesquisa realizada e os dados analisados foi possível perceber o quanto ainda temos que avançar nas questões de saúde, ainda há muito a se fazer, há muito que se aprender. É necessário um olhar diferenciado com o usuário de saúde mental ou de substâncias psicoativas, e necessário um atendimento de qualidade, ou seja, e necessário validar o usuário como cidadão de direitos e como ser social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como foco de estudo os dilemas da saúde em especial a saúde mental no município de Araranguá. E com o objetivo de avaliar mais precisamente a atual situação da saúde e os dispositivos de apoio, identificando as dificuldades e fragilidades da rede RAPS.

Porém quando analisamos e refletimos acerca do material pesquisado percebemos as fragilidades e dificuldades na qual são muitas para que possa ter uma rede de apoio eficaz, os resultados mostram que ainda há muitas lacunas abertas e que precisa ser preenchida, isso de acordo com um modelo de atenção idealizado através da reforma psiquiátrica e de acordo com os objetivos e diretrizes da RAPS.

A reforma psiquiátrica Brasileira busca mudanças resolutivas e significativas para o resgate da cidadania das pessoas, por isso a importância de uma rede de apoio esclarecida e fortalecida para atender a população. No entanto muitos parâmetros idealizados pela reforma psiquiátrica ainda estão em andamento. Tem-se então um novo dispositivo que vem fortalecer os parâmetros da reforma e dar suporte a rede de apoio que é a rede de atenção psicossocial a RAPS, em Araranguá iniciou-se este processo novo que está em fase de adaptação e caminha a passos lentos.

Assim é de extrema importância às mudanças significativas tanto na área profissional quanto na elaboração de políticas públicas eficazes e efetivas. É preciso a implantação urgente de um novo modelo de atenção à saúde em especial a saúde mental que é tão estereotipada pela sociedade, cuja estratégia básica é tratar o paciente em seu território, na comunidade e na família.

A política de saúde é outro fator que deve ser feita de acordo com a realidade de cada comunidade, sendo subsidiada pelo poder vigente. O SUS deve ser o centro de apoio aos profissionais e aos usuários. A democratização é outro fator a ser considerado, pois devemos lembrar que todos têm direito a saúde, portanto, devemos respeitar e discutir com os usuários e comunidade os problemas, as queixas, as resoluções, escutar a opinião dos mesmos e deixá-los aptos conforme as necessidades da comunidade.

A capacitação sistemática dos profissionais que atuam na saúde é essencial para que o problema possa ser resolvido ou discutido com clareza, não tornando os serviços apenas ações paliativas que não demonstram nem uma ação a alguma resposta. A saúde está relacionada diretamente com as questões sociais, econômicas e culturais, sendo essencial um trabalho de promoção, educação, prevenção e cura, dinamizando valores, mudanças de comportamento, com condições melhores de vida, tratando as pessoas como cidadãos e sujeitos sociais e de direitos, e nada melhor para organizar tudo isso que uma rede de apoio fortalecida, sendo a base às unidades básicas de saúde.

Sendo assim com o intuito de fortalecer a saúde em especial a saúde mental visando um atendimento adequado aos usuários que possuem algum tipo de problema mental ou mesmo devido ao uso de substâncias psicoativas surge a RAPS que delimita uma nova forma de atendimento, validando o usuário como sujeito, este novo processo está sendo implantado em Araranguá, e para avaliar este dispositivo no município optou-se por fazer uma pesquisa junto aos profissionais de saúde que atuam na rede básica e fazem parte de um grupo condutor de divulgação e estratégias da rede de apoio. Vários foram os fatores apontados: falta apoio da gestão, trabalhos em rede não acontecem, os fluxos mudam constantemente e cada programa ou unidade possui um fluxo diferente, falta capacitação permanente aos profissionais, equipe reduzida, poucos

recursos de apoio/trabalho, não há leitos psiquiátricos disponíveis no município, serviços atrelados na figura do médico. Com isso o trabalho acaba caindo sempre no mesmo dilema que é a perpetuação de um modelo biomédico, medicalizante e hospitalocentrico.

Todavia, é esse o desafio dos profissionais da área da saúde, de usar os saberes como resposta a todo um sistema fraco e sem perspectivas, ou seja, é necessária a união dos saberes para o fortalecimento da rede de apoio. Para que esse projeto se fortaleça é necessário o constante investimento das esferas do governo e em especial dos gestores da saúde.

Com tudo, salientamos que o município avança diante dos demais, está iniciando um processo novo, com poucas ações, mas entre 2015/2016 já se pode vislumbrar iniciativas esporádicas, mas que se tiveram continuidade, estratégias e apoio maior da gestão poderão produzir avanços significativos aos que hoje estão postos.

Sendo assim, para finalizar propõem-se uma constante reflexão sobre os modelos vigentes para que se promova cada vez mais uma ação integral, acessível a qualquer demanda da saúde mental na atenção básica. É necessário, portanto, inovar, esclarecer, buscar soluções, estar presente junto à demanda, é preciso algo mais que meramente executar o que está pronto, e preciso garantir um atendimento integral de qualidade de acordo com os princípios do SUS.

Summary: This article was prepared from the research project that looked at the health professionals what difficulties and weaknesses for effective RAPS psychosocial care network in the municipality of Araranguá-SC. The article makes a historical review of health development in Brazil, describes the organization of services focused on mental health in the city, lists the organization and strategies of psychosocial network established by Decree No. 3,088 / 2011, and through the research identified and understanding of professionals the health of the network and how it is being developed by the basic health care.

Key words: health policy, mental health, psychosocial care network.

REFERÊNCIAS

BRAVO, M.I.S. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissional.** São Paulo: Cortez, 1996.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil:** Texto Constitucional Promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília. Senado Federal, Secretaria de Edições Técnicas, 2002.

BRASIL. Senado Federal. **Lei nº.8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providencias. Brasil, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº336 de 19 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre a regulamentação define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos CAPS em todo o território nacional.

BRASIL. **Saúde da Família:** uma estratégia par a reorientação do modelo assistencial. Brasília: coordenação de saúde, secretaria da saúde, 1997^a.

BRASIL.Ministerio da Saúde. **Portaria nº3.088, 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.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Cadernos de Atenção Básica.** Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família. Brasília, 2010.

BRASIL. UNB. **Capacitação em Serviço Social e Política Social: O Trabalho do Assistente Social e as Políticas Sociais.** Modulo nº04. Brasília: UNB, 2000.

BERLINGUER, G. **Medicina e Política**. 3. Ed. São Paulo: Hucetec, 1987.

BUISCHI, Y.P. **Promoção de saúde de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Arte Medica. EAP-APCD, 200.

CANESQUI, A.M. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In P.C.Alves e M.C.S Minayo(org). *Saúde e doença: um olhar*, 1995.

Capacitação em Atenção Biopsicossocial na Atenção Básica para Equipes de Saúde da Família. Torcelli, C.et al, Ararangua.2004.

Campos GNS. **Equipes de referência e apoio especializado matricial**: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *cienc.saúde coletiva* 1999; 4:393-404.

COHN, A (ORG) **A saúde como direito e como serviço**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 1999.

ESPOSATI, A.O. **Carta Tema: A Assistência Social no Brasil**.2 Ed. São Paulo. Cortez, 1995.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na idade clássica**. São Paulo. Editora Perspectiva, 6ª edição - Reimpressão (1972), 2000.

GOVERNO DO MUNICÍPIO DE ARARANGUÁ. **Lei nº3.141, de 20 de março de 2011 que institui a Subsecretaria de Políticas Públicas Sobres Drogas**. Araranguá-SC, 2011.

Holocausto Brasileiro/Daniela Arbex. -1. Ed.-São Paulo: Geração Editorial, 2013-ISBN978-85-8130-156-3.

IAMAMOTO, M, V.O **serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 7º Ed. São Paulo: Cortez, 1998.

Lei Federal-**Lei nº10.216 de 06 de abril de 2001**, Lei da reforma psiquiátrica que institui um novo modelo de tratamento aos transtornos mentais no Brasil.

MINISTERIO DA SAÚDE/OMS/OPS. Universidade do Sul de Santa Catarina-UNISUL-Polo de Educação Permanente da Região Sul e Extremo Sul de SC.

MINISTERIO DA SAUDE. **Saúde Mental no SUS: Os centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004. Ministério do Desenvolvimento e Combate a Fome: **Gestão do Trabalho no âmbito do SUAS**: Uma contribuição necessária para ressignificar as ofertas e consolidar o direito socioassistencial - Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de assistência Social. Dezembro de 2011.

Plano Operativo da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina e Planos de Ação Regional-2013-2015/Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial. Florianópolis: Secretaria do Estado de Saúde, 2014.

Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas- Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

VASCONCELOS, E.M. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. São Paulo, SP: Hucitec, 1991.