

## Descrição da percepção dos profissionais da saúde mental sobre a reforma psiquiátrica

### Description of the perception of mental health professionals about psychiatric reform

Daiane Magalhães Tolentino, Amanda de Lemos Mello, Daiana Foggiao de Siqueira, Marlene Gomes Terra

#### RESUMO

Objetiva-se descrever a percepção da equipe multiprofissional das Unidades de Atenção Psicossocial dos Hospitais Gerais da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde frente à Lei da Reforma Psiquiátrica. Pesquisa qualitativa realizada com 19 profissionais de saúde inseridos nas Unidades de Atenção Psicossocial dos Hospitais Gerais. Os dados foram coletados, por meio de entrevista semiestruturada, no período de junho e agosto de 2017 e submetidos à análise temática da qual emergiram duas categorias: possibilidades para atenção ampliada e caminhos a serem trilhados. Identificou-se a compreensão do cuidado, por parte dos profissionais, sob a lógica da integralidade. Os profissionais identificaram a estigmatização da pessoa com transtorno mental e a consequente dificuldade de acesso aos serviços da rede como obstáculos a serem superados. Concluiu-se sobre a importância da implementação da Educação Permanente em Saúde desde a formação, estendendo-se pela vida profissional.

**Descritores:** Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica, Pesquisa Qualitativa.

#### ABSTRACT

This study aims the perception of the multiprofessional team of the Psychosocial Care Units of the General Hospitals of the 4th Regional Health Coordination in front of the Psychiatric Reform Law. Qualitative research carried out with 19 health professionals enrolled in the Psychosocial Care Units of the General Hospitals. The data were collected through a semistructured interview in the period of June and August of 2017 and submitted to the thematic analysis from which two categories emerged: possibilities for expanded attention and paths to be traced. It was identified the understanding of the care, on the part of the professionals, under the logic of the integrality. The professionals identified the stigmatization of the person with mental disorder and the consequent difficulty of access to the services of the network as obstacles to be overcome. It was concluded on the importance of the implementation of the Permanent Education in Health from the formation, extending by the professional life.

**Descriptors:** Mental Health; Psychiatric Reform; Qualitative Research.

#### Como citar este artigo:

Tolentino, DM, Mello AL, Siqueira DF, Terra MG. (Re)conhecimento dos profissionais da saúde sobre a reforma psiquiátrica. Revista Saúde (Sta. Maria). 2018; 44(2).

#### Autor correspondente:

Daiane de Magalhães Tolentino  
E-mail: daianetolentino@gmail.com  
Telefone: (55) 991624091

Formação Profissional: Psicóloga formada na instituição UFSM em Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Filiação Institucional: Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental

Endereço para correspondência:  
Rua: Avenida Roraima n°: 1000  
Bairro: Camobi Cidade: Santa Maria Estado: Rio Grande do Sul  
CEP: 97105-900

**Data de Submissão:** 05/02/18

**Data de aceite:** 17/04/2018

**Conflito de Interesse:** Não há conflito de interesse



## Introdução

Durante anos, as pessoas com transtornos mentais e aquelas que de alguma forma não se adaptavam aos costumes e às regras sociais eram retirados do convívio social e inseridos em presídios e manicômios.<sup>1</sup> A partir da Lei Nº 10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica e aprovada em 2001, o modelo de atenção em saúde mental se redimensiona, considerando o cuidado no território.<sup>2</sup>

O caminho até chegar na atual Política de Saúde Mental brasileira foi longo e envolveu diversos setores da sociedade. A partir do final da década de 1970 inicia-se uma mobilização de profissionais de saúde, usuários e familiares com o objetivo de mudar a forma de tratamento nos manicômios, condições nas quais os internos dos hospitais psiquiátricos viviam em condições precárias de alimentação e de higiene<sup>2,3</sup>. Além disso, os usuários da saúde mental vivenciavam a segregação social decorrente do modelo de cuidado focado na doença, em que o Hospital Psiquiátrico era a instituição que legitimava tal prática<sup>4</sup>. O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), a partir de então, assume fundamental importância na reformulação das novas práticas de cuidado em saúde mental<sup>3</sup>.

As experiências de Reforma Psiquiátrica nos países europeus, como descreve Amarante (1995), influenciaram de forma significativa na construção do novo modelo de atenção psicossocial, com ênfase na comunidade. Dessa forma, em 1959 na Inglaterra, Maxwell Jones, coloca em prática a comunidade terapêutica, tornando-se um autor importante ao propor que a comunidade e os familiares dos internos participassem das reuniões e assembleias de forma a contribuir para maior integração e organização do serviço ofertado aos internos. Esse modelo, portanto, permite que desarticule a estrutura segregadora e cronificante presente no modelo de cuidado ainda vigente nessa época<sup>2</sup>. Basaglia foi um psiquiatra italiano que também influenciou o atual modelo de cuidado ao substituir o tratamento hospitalar em Trieste por um modelo de atendimento comunitário. Da mesma forma, Franco Rotelli inspirou o modelo de desinstitucionalização, proposta que foi muito além da derrubada dos muros hospitalares, levando à sociedade questões importantes para discussão e reflexão sobre o conceito de loucura<sup>2</sup>. Foi principalmente a partir deste contexto que se constituiu o campo da saúde mental, tal qual compreende-se hoje, fundado no princípio de desinstitucionalização do cuidado<sup>4</sup>.

A atual Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei 10.216, busca consolidar o modelo de atenção à saúde aberto e de base comunitária, aberto porque o usuário da saúde mental, os familiares e a comunidade podem ser atendidos e acolhidos no momento em que necessitarem, de base comunitária porque o serviço de saúde mental está presente e vinculado ao espaço onde o usuário se encontra e vivencia seu cotidiano. Além disso, objetiva reduzir gradativamente os leitos de internação psiquiátrica e aumentar os serviços extra-hospitalares, tais como os Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, bem como a implementação da Política Nacional de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas e a implantação do Programa de Volta para Casa.<sup>5</sup> Tais serviços, portanto, teriam como função promover a desinstitucionalização.<sup>6</sup>

A partir do cuidado com prioridade no território, a internação de pessoas com transtornos mentais ou com dependência do uso de drogas aparece como última alternativa, ocorrendo somente quando todos os demais recursos extra-hospitalares mostrarem-se insuficientes.<sup>5</sup> A Portaria do Ministério da Saúde Nº 148 de 2012 tem por finalidade definir normas do funcionamento do Hospital de Referência para pessoas com transtornos mentais atribuindo a estes serviços a função de cuidado integral e articulado com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta última, a RAPS, é uma expressão da Reforma Psiquiátrica mediante o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) como Política de Estado.<sup>6</sup>

Diante desse cenário de cuidado em saúde mental, tem-se a seguinte questão de pesquisa: como os profissionais que atuam nas Unidades de Atenção Psicossocial dos hospitais gerais da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS) compreendem a Reforma Psiquiátrica? Justifica-se este estudo, pois ainda observa-se um grande quantitativo de internações, além das dificuldades ainda existentes no cuidado durante a internação e após a alta hospitalar.<sup>6</sup> O objetivo deste estudo foi descrever a percepção da equipe multiprofissional das Unidades de Atenção Psicossocial dos Hospitais Gerais da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde frente à Lei da Reforma Psiquiátrica.

## Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que incorpora a questão do *significado* e da *intencionalidade* como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.<sup>7</sup> Elegeu-se como cenário deste estudo, as unidades de internação psicossociais dos hospitais gerais referência em saúde mental da área de abrangência da 4ª CRS do

---

estado do Rio Grande do Sul. A 4ª CRS localiza-se na região central do estado, com sede no município de Santa Maria. Estruturalmente abrange duas regiões de saúde: a Região 1 (Verdes Campos) e a Região 2 (Entre Rios), totalizando uma área constituída por 32 municípios.

Dentre estes municípios, 6 hospitais são referência em saúde mental na 4ª CRS possuindo unidades de internação psicossocial para estabilização e/ou desintoxicação, nos quais foi realizada esta pesquisa. Entretanto, dois hospitais não aceitaram participar da pesquisa respeitando-se, assim, a autonomia dos dirigentes.

Participaram do estudo os profissionais de saúde que estiveram de acordo com os critérios de inclusão: possuir ensino superior, residentes médicos e multiprofissionais que atuassem nas Unidades de Internação Psicossocial. E, como critérios de exclusão: aqueles que estivessem em licença de qualquer natureza ou em férias no decorrer da coleta de dados.

A coleta ocorreu entre os meses de junho e agosto de 2017, onde foram realizadas 19 entrevistas semiestruturadas, que foi considerado suficiente quando começaram a repetir-se as informações, ou seja, a saturação dos dados<sup>8</sup>. As entrevistas foram agendadas previamente e realizadas nas Unidades de Internação Psicossocial de atuação dos profissionais de saúde participantes. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 30 minutos. Para o desenvolvimento da entrevista, foram disparadas as questões: o que você compreende sobre a Lei da Reforma Psiquiátrica? Como ocorre o processo de internação na Unidade de Internação Psicossocial? E, demais questões puderam ser lançadas a partir da fala dos entrevistados, visando aprofundamento das entrevistas.

Em relação aos 19 participantes da pesquisa, identificou-se que os profissionais de saúde foram: um terapeuta ocupacional, uma nutricionista, um educador físico, dois médicos, três assistentes sociais, cinco enfermeiros e seis psicólogos, com idades entre 23 e 46 anos. Dos 19 entrevistados, um possui Especialização não-concluída em saúde mental, sete estão cursando Especialização na área, oito não possuem nenhuma especialização, um profissional possui especialização em outra área da saúde, um com especialização em área organizacional e um profissional é Especialista em Saúde Mental. O tempo de atuação na saúde mental varia de dois meses a 10 anos. Um dos profissionais relatou trabalhar há 24 anos no Hospital, mas não informou o tempo de atuação na saúde mental. O tempo de atuação na Unidade de Internação Psicossocial alterna entre dois meses e 10 anos.

As entrevistas foram transcritas para análise, realizada por meio da Proposta Operativa de Análise Temática de Minayo<sup>9</sup>, a qual foi constituída por três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. A pré-análise, configurou-se pela leitura flutuante do material coletado. A segunda fase consistiu na exploração do material resultante da pesquisa, codificando os dados em unidades de significados após exaustivas leituras. Nessa fase, constroem-se as categorias, as quais agrupam elementos com características comuns dos dados, sendo elas: possibilidades para atenção ampliada e caminhos a serem trilhados. E, por fim, a terceira fase, compôs-se do tratamento dos resultados obtidos, realizados por meio da interpretação deles.<sup>9</sup>

A participação na pesquisa ocorreu a partir da aceitação dos profissionais de saúde e quando firmaram, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para preservar o anonimato dos entrevistados utilizou-se a letra 'E' de entrevistado seguido de um número (E1, E2,...E19), bem como foi garantido o sigilo do local onde estão inseridos como profissionais de saúde. A pesquisa assegurou uma condução ética durante o seu processo, sendo consideradas as orientações e disposições da Resolução N° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sendo Aprovada sob Parecer N° 2.054.343 e CAAE N° 67800417.5.0000.5346, do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

## Resultados e discussões

Da análise temática, emergiram duas categorias: possibilidades para atenção ampliada e caminhos a serem trilhados.

### Possibilidades para atenção ampliada

Esta primeira categoria tem como finalidade discutir o cuidado para além do olhar saúde/doença a partir das unidades de significado: cuidado integral e, autonomia e liberdade no cuidado. O cuidado integral é indispensável na atenção à saúde mental, pois envolve todo o contexto e a subjetividade da pessoa. É por meio desse cuidado que se coloca em prática os princípios do SUS, promovendo dessa forma a autonomia necessária para que o usuário do serviço de saúde tenha possibilidade de utilizar seus mecanismos e dispositivos, contribuindo no tratamento.<sup>9-10</sup> A liberdade no cuidado condiz com a autonomia prevista nesse processo enfatizando a singularidade e tudo o que diz respeito à pessoa com transtorno mental, bem como o que pode contribuir no seu tratamento.<sup>11-14</sup>

Dezessete profissionais entrevistados compreendem a Lei da Reforma Psiquiátrica como transformadora do modelo hospitalocêntrico para uma forma de cuidado no território onde o usuário da saúde mental vivencia o cotidiano. Consideram, ainda, que nesse processo insere-se a perspectiva do cuidado integral, o qual abrange a pessoa como um todo, para além do transtorno mental, é olhado como uma forma de humanismo.

É possível observar que treze dos dezenove profissionais demonstram entender que a Reforma Psiquiátrica envolve um cuidado ampliado que não se limita ao ambiente hospitalar. Para além disso, aparece a comunidade, a família, a autonomia da pessoa atendida, as garantias de direitos, bem estar, liberdade, estabilização e cuidado integral. Se não me engano é a Lei 10.216 de 2001 que representou um marco realmente na história de saúde mental no Brasil. Porque ela representou o ponto alto de uma luta, que já vinha se estendendo há muitos anos, que era uma luta voltada a uma luta antimanicomial realmente, voltada à transformação daquela visão, daquele processo hospitalocêntrico, num enfoque mais de saúde comunitária. (E8)

O objetivo é tentar incluir aquela pessoa em sociedade, tentar que ela tenha um emprego, tentar que ela seja cuidada pela família; e não seja isolada em um determinado local pelo resto da vida. Excelente, muito bom! Acho que é por aí mesmo, isso é humanismo. (E11)

A referida Lei trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Conforme trouxe o entrevistado, a Lei Nº 10.216 de 2001 em seu artigo 3º estabelece que o Estado tem a responsabilidade no desenvolvimento da Política de Saúde Mental, desenvolvendo a assistência e as ações de promoção de saúde, dando ênfase na participação da sociedade e da família no tratamento.<sup>15</sup>

Apesar de ter sido aprovada em 2001, a Lei Nº 10.216 já vinha sendo discutida desde o final da década de 1980. Em nível Estadual, no Rio Grande do Sul, foi homologada a Lei Nº 9.716 em 1992. Os debates em torno da Lei 3.657/89 - a Lei Paulo Delgado - consolidaram uma movimentação política em torno da desinstitucionalização. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), surgido no final da década de 1970, foi fundamental na história da luta antimanicomial.<sup>2</sup>

Os movimentos políticos citados acima tiveram como influência a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que teve como objetivo discutir novas diretrizes para as políticas de saúde. Enfatiza-se que esta Conferência abriu caminhos para a concretização do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi reconhecida como a primeira Conferência onde os profissionais, usuários, associações, sindicatos e demais segmentos da sociedade se envolveram. Essa nova organização da Conferência inspirou a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) e o Congresso de Bauru, ambos realizados em 1987. As diretrizes discutidas e aprovadas nesses encontros somadas às das Conferências de Saúde Mental seguintes (II CNSM, em 1992 e III CNSM, em 2001) ofereceram a possibilidade da participação da sociedade na construção da atenção psicossocial.<sup>8</sup>

Atualmente, as pessoas com transtornos mentais são reconhecidos como sujeitos complexos em sua subjetividade.<sup>9</sup> Este olhar, para a autora, constitui uma das possibilidades para a condução à humanização da loucura. Nesse sentido, em seus estudos também foram observados discursos relacionados à humanização no cuidado em saúde mental, referente às mudanças percebidas pelos profissionais inseridos em hospitais gerais.

O humanismo é compreendido como uma teoria que leva em conta a ética, o diálogo e o movimento produzido através do discurso.<sup>1</sup> O autor sugere que o filósofo Bakhtin - pensador humanista do século XIX - teve influência indireta na área da saúde, pois enquanto pertencente às Ciências Humanas, trouxe às demais áreas do conhecimento discussões relacionadas às inter-relações, à singularidade e ao corpo singular. Em um estudo realizado com profissionais de saúde mental inseridos em hospitais,<sup>11</sup> mencionou-se, por parte dos entrevistados, que a abordagem humanizada deve ser pensada como um valor ético e humano, resultando de um compromisso do profissional da equipe do serviço com a pessoa que está sendo atendida.

Para além disso, é importante reconhecer a influência dos Direitos Humanos no cuidado em saúde. O artigo 5º da Constituição Federal de 1988 tem como princípio que “ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal”. Esse princípio vai ao encontro do que preconiza a Reforma Psiquiátrica, que busca enfrentar as violações dos direitos e reorientar o cuidado em saúde mental com reformulações no campo conceitual, clínico, estético e político. Da mesma forma, com a construção nas últimas décadas de um novo campo de atores sociais intersetoriais e múltiplos, configura-se um novo discurso sobre a loucura, por meio da articulação entre direitos humanos, diversidade cultura, arte, cultura, trabalho e outros dispositivos de reinserção social.<sup>12</sup>

As dimensões do viver humano integrantes de espaços, condições e expressões singulares que permitem reafirmar

---

a complexidade humana são resultantes da visão e do cuidado integral.<sup>10</sup> A integralidade pode ser também compreendida como produção de saúde, um valor social e cidadania.<sup>11</sup> Na Lei 10.216/01, preconiza-se o atendimento integral à pessoa em internação, sendo necessário também que essa forma de atendimento se concretize nos dispositivos extra-hospitalares, de forma que o acesso universal e intersetorial ocorram de forma articulada.<sup>15</sup> A integralidade, princípio fundamental do SUS, também está presente na Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH observa que um dos maiores desafios da atenção psicossocial é um atendimento integral que seja oferecido a todos os cidadãos brasileiros.<sup>12</sup>

O cuidado integral é visto como uma forma de tratamento que contempla o sujeito em sua subjetividade, onde fazem parte a família, a comunidade e um contexto que influenciaram e influenciam em sua constituição enquanto sujeito. A participação da família no cuidado é reforçada, na medida em que aparece com suporte no pós-alta do usuário. É a família que vai auxiliar no cuidado com a medicação, no acompanhamento em serviços da rede. Porém, por vezes, não se mostra preparada para dar o apoio adequado nos momentos de instabilidade.

Neste sentido, se faz necessária a construção de uma rede ampliada, articulada de forma intersetorial, que considere a complexidade da vida humana, ou seja, uma rede que se estenda para além dos serviços de saúde.<sup>15</sup>

*Ele vai voltar para a rede lá fora, para o município e a família. Então, a importância bem maior é que a família esteja conseguindo dar conta dos cuidados desse paciente e a rede externa [...] A família, às vezes ou na maioria das vezes, não está preparada para receber esse paciente em casa, principalmente o pessoal com transtorno. Esse paciente vai chegar em casa, não vai ter o suporte esperado. (E3)*

*Não restrito ao manicômio, ao hospital, a uma unidade fechada. A descentralização desse cuidado, de ver o paciente integralmente. Ele não tem apenas uma doença psiquiátrica, uma necessidade desse atendimento, mas ele é um ser integral, inserido dentro de um contexto, de uma sociedade, ele tem família, pelo menos deveria ter uma família. (E7)*

A noção de integralidade no campo da saúde mental e da atenção psicossocial deve incluir serviços e ações que atuem como espaços de sociabilidade, escuta, acolhimento, cuidado, inclusão e emancipação.<sup>16</sup> Na mesma linha de pensamento, compreende-se que o cuidado integral contempla a visão de sujeito em todos os seus aspectos biopsicossociais. A pessoa que utiliza os serviços de saúde mental também contribui na construção do processo saúde-doença, na medida em que é percebida em sua complexidade e não mais como um corpo adoecido que necessita de intervenção.<sup>20</sup>

Retoma-se a perspectiva da Política Nacional de Humanização,<sup>12</sup> que valoriza as relações entre todos os envolvidos na produção de saúde. Assim, usuários, familiares, profissionais e gestores da saúde, reforçando ainda o vínculo com todos os envolvidos no cuidado e estimulando que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de ação de controle social. Nesse sentido, ações que envolvam a oferta de atendimento diário, reinserção social e promoção do exercício dos direitos civis e fortalecimento da rede de apoio são fundamentais no cuidado em saúde mental.<sup>19</sup>

Seis profissionais entrevistados na presente pesquisa entendem que a Reforma Psiquiátrica trouxe mais autonomia aos usuários da saúde mental, a partir dessa nova forma de cuidado, os usuários podem ser protagonistas no próprio tratamento. O novo modelo preconizado pela Reforma Psiquiátrica é compreendido como um cuidado que prioriza os direitos dos usuários da saúde mental enquanto cidadãos. Se antes eram excluídos do convívio social e vistos como pessoas sem desejo, hoje a subjetividade, a história e os direitos estão incluídos no tratamento em saúde mental. *A liberdade de escolher o que é bom para eles e até mesmo eles serem pertencentes ao tratamento deles e não somente uma imposição onde alguém coloca eles em um determinado lugar e eles permanecem. Mas, que eles também possam ser protagonistas da própria história. Onde a partir disso, eles possam ter o tratamento e viver a vida deles dentro das limitações ou não, mas com certa autonomia. (E5)*

*A lei da Reforma Psiquiátrica veio justamente para incluir essas pessoas...elas também têm direitos [...] não devem ser excluídas, não devem ser compreendidas como pessoas que não têm nenhuma vontade, nenhum desejo, que não são cidadãos. (E9)*

*Eu entendo a Reforma Psiquiátrica como um movimento social e histórico, que muda o modelo assistencial da saúde mental e reorganiza a atenção aos usuários de saúde mental, no sentido de direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais. (E10)*

Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento é um dos princípios fundamentais da Política Nacional de Saúde Mental.<sup>5</sup> Ao encontro dessa diretriz, o princípio de Indissociabilidade entre atenção e gestão da PNH<sup>12</sup> defende que conhecer e fazer parte do processo de tomada de decisões nas organizações e ações coletiva de saúde promove a corresponsabilidade e o protagonismo do usuário da

saúde no próprio tratamento.

Ser responsável pelo próprio tratamento faz com que a pessoa conheça mais sobre seus desejos, direitos e deveres, através de um diálogo que promova conhecimento de si e que promova autonomia. A necessidade de aproximação, observação e diálogo como mecanismos para entender a verdade da pessoa passa a ter valor e reconhecimento.<sup>21-22</sup> Os autores compreendem que a clínica perpassa pelo investimento no sujeito em busca da sua autonomia e liberdade a partir dos desejos e arranjos sociais que ele possui.<sup>21</sup>

A autonomia pressupõe a liberdade de ação e requer que a pessoa seja capaz de agir conforme suas escolhas e decisões tomadas. Uma pessoa autônoma é aquela que tem liberdade para escolher as opções que lhe são apresentadas.<sup>23</sup> A Lei Nº 10.216 preconiza que as pessoas com transtornos mentais têm direito a receber o maior número de informações sobre a doença e o tratamento, ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde conforme suas necessidades, entre outros.<sup>6</sup> Ao encontro disso tem-se, também, a PNH, mais uma política pública importante para a saúde mental que considera que a luta por um atendimento em saúde resolutivo, integral e humanizado aos usuários da saúde mental passa pelo reconhecimento desses sujeitos como cidadãos com direitos de acesso a uma rede de atenção nas mais diferentes circunstâncias de suas vidas.<sup>12</sup>

#### Caminhos a serem trilhados

A categoria Caminhos a serem trilhados foi construída a partir das unidades de significados: reinternações; um movimento, um processo; desinstitucionalização; e, formação em saúde. A desinstitucionalização é um processo de trabalho em saúde mental que busca modificar a forma como a sociedade percebe e lida com os transtornos mentais. Sem essa reflexão os mecanismos de segregação e exclusão não reduziriam e as reinternações, tais como ocorrem nos dias de hoje, ainda seriam percebidas como solução para o sofrimento provocado pelo transtorno mental. Para isso, é necessário que a Educação Permanente, tanto para os profissionais como para os demais segmentos da sociedade, faça parte desse processo de mudanças na forma de cuidado em saúde mental.<sup>19,25</sup>

Existe uma discussão em relação à prática do que está na Lei da Reforma Psiquiátrica. Oito entrevistados relataram que ainda é necessário avançar para que a Política de Saúde Mental se consolide. Além disso, a desinstitucionalização é apresentada como um conceito que necessita de reflexão por parte da sociedade.

*Na teoria, eu acho muito bom. É claro que o modelo antigo era algo muito triste, uma questão muito séria. No entanto, eu acredito também que, após a Reforma Psiquiátrica, tudo foi muito bonito. Mas, na prática não é muito bem [...] (E3). Antes os usuários eram internados, institucionalizados por longo período. Hoje eles têm seus direitos reconhecidos. É o processo de desinstitucionalização (E6).*

*A Lei, teoricamente falando, é muito bonita e deve ser sempre discutida e rediscutida, mas na prática ainda estamos caminhando, a passos lentos, para chegar ao que a legislação preconiza (E12).*

A Lei da Reforma Psiquiátrica preconiza que o tratamento dos usuários da saúde mental deve ser realizado, preferencialmente, no território.<sup>5</sup> Dentre esses serviços encontram-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Estratégias de Saúde da Família (ESFs). A Portaria do Ministério da Saúde Nº 3.088/11 estabelece os serviços componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e confere à Atenção Básica a responsabilidade pelo cuidado no território, juntamente com os CAPS, que são serviços da atenção especializada.<sup>8,24</sup>

Atualmente a saúde mental, tem como desafios as dificuldades na gestão dos serviços, às reinternações frequentes, redução de serviços e equipamentos disponíveis para dar conta da alta demanda, desarticulação da rede de atenção psicossocial, e escassez de recursos humanos qualificados para compor esses serviços.<sup>25</sup> Existem avanços na rede e na diversidade de serviços que compõem a RAPS. Contudo, reconhece-se que há vazios assistenciais em saúde mental em certas regiões do país que, por vezes, não possuem o padrão mínimo esperado em cobertura na atenção primária em saúde. Entre os obstáculos para a concretização da RAPS estão as desigualdades socioeconômicas e a diversidade territorial que ainda são desconsideradas na organização da rede.<sup>26</sup>

Mesmo com as diretrizes de cuidado preconizadas pela Lei da Reforma Psiquiátrica, muitos usuários da saúde mental são reinternados diversas vezes. Os profissionais inseridos nos hospitais compreendem que entre as causas estão a falta de adesão do usuário ao tratamento no CAPS e o retorno para o mesmo local em que possivelmente originou as crises agudas que o levaram à internação. Referindo-se ao modelo anterior à Reforma Psiquiátrica, cinco dos dezessete entrevistados que afirmaram conhecer a Reforma Psiquiátrica reforçam que é necessário ampliar os dispositivos de cuidado extra-hospitalares.

*A gente percebe que apesar de ter acontecido a Reforma Psiquiátrica, que esse paciente não vai mais permanecer em longo prazo numa instituição de saúde mental. Mas esse paciente vai voltar inúmeras vezes. Por quê? O que a gente*

---

*percebe aqui? A gente tem um número muito grande de reinternações! E, o que acontece? Esse paciente vai voltar pior do que na outra internação. (E3)*

*A gente fica sem ver muitas vezes essa transição, de que forma se dá. Claro que o CAPS veio para dar conta disso. Mas, muitas vezes, ele não vai até o CAPS, ele volta para a rotina dele e acaba vindo para a internação de novo. (E5)*

O cuidado em saúde mental deve ter início e continuidade na atenção básica. Autores<sup>17</sup> compreendem que esse componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS) vem se constituindo como principal estratégia de organização do sistema público de saúde no Brasil. Constitui-se como um espaço privilegiado na garantia do acesso e participação social, além de ser a principal porta de entrada e referência de cuidado no território, que promove a integralidade e a equidade da assistência na saúde.

Com a implementação da RAPS passaram a ser considerados os serviços estratégicos de assistência extra-hospitalar, dentre os quais destacam-se: os CAPS, hospitais-dia, residenciais terapêuticos e ambulatório de saúde mental.<sup>25</sup> No entanto, apesar das transformações ocorridas no cuidado aos usuários com transtornos mentais, ainda persiste a lógica psiquiátrica clássica do discurso biológico, ou seja, de um modelo pautado em uma lógica curativista onde a saúde é compreendida como ausência de doença.<sup>27</sup> Nessa lógica, o tratamento medicamentoso ainda predomina nos serviços públicos de saúde, o que traz a necessidade de conscientização das equipes para que introduzam em seu cotidiano práticas interdisciplinares.<sup>28</sup>

Existe uma crítica ao desenho proposto inicialmente pelo Ministério da Saúde, em relação ao cuidado em saúde mental, demonstrando que tal proposta levou a uma equivocada centralidade de um único serviço, o que acabou desresponsabilizando os demais do acolhimento e da assistência aos usuários que apresentam demandas em saúde mental. Dessa forma, ainda que a atenção básica atue no território, as demandas em saúde mental são demasiadamente encaminhadas aos CAPS ou aos profissionais considerados da área da saúde mental.<sup>16</sup>

Para que a atenção psicossocial seja uma prática incluída e reconhecida em todos os pontos da rede e não majoritariamente na atenção especializada, é necessária uma mudança na forma de ver e de lidar com a saúde mental. Autores<sup>27</sup> propõem mudanças em direção a um tratamento que passe a considerar e a valorizar a criação de sentidos para o sofrimento mental e que promova ampliação das relações sociais, diminuindo as práticas centradas na doença, na assistência curativa e na intervenção medicamentosa. Propõe-se a ruptura dos estigmas relacionados às pessoas com transtornos mentais. Atualmente a pessoa com demanda em saúde mental, ao procurar um serviço de saúde apresentando queixas físicas, ainda acaba sendo desqualificada como se fosse pertencente a determinados profissionais ou serviços da rede e não pertencente à rede como um todo.<sup>29</sup>

Três dos dezessete trabalhadores que demonstraram conhecimento a respeito da Reforma Psiquiátrica responderam que a compreendem como um movimento que provocou mudanças em relação ao tratamento dos usuários da saúde mental e ao modo como estão inseridos na sociedade. Os profissionais reconhecem que é um movimento que está em constante processo de mudança.

*A partir dessa lei, eu compreendo que mudou tudo na questão das internações. As instituições de saúde mental já não são mais de longa permanência; e, sim, um local que tem um determinado tempo, do qual o paciente tem que se estabilizar, voltar para a família, do qual a gente vai encaminhar esse paciente de volta para a rede. (E3)*

*A Reforma Psiquiátrica é um processo que ainda estamos vivendo. (E19)*

A mudança da perspectiva tradicional, manicomial, curativa e excludente para um novo modo de assistência focado no território e na comunidade, pautado na promoção e no bem-estar biopsicossocial, pode permitir um cuidado em Saúde Mental que viabilize a superação do cenário histórico de desassistência e maus-tratos. A atual perspectiva de cuidado potencializa a construção de novos espaços de produção de saberes, intervenções sociais e políticas relacionadas à saúde mental.<sup>16</sup>

Ao encontro do que foi apresentado pelos profissionais, a Lei Nº 10.216/11 dispõe sobre os direitos dos usuários da saúde mental e redireciona o modelo de assistência. O cuidado em saúde mental passa a incluir o tratamento e acompanhamento no território e estabelece que as internações em unidade de internação psicossocial devem ocorrer somente quando os demais dispositivos da rede se mostrarem insuficientes. A internação tem como objetivo a (re) inserção psicossocial e, portanto, deve ser realizada em um período breve<sup>5</sup> com a continuação do tratamento no território do usuário.

Para que realmente ocorra a inserção no território, é necessário que as equipes lancem mão da reinvenção,

das construções coletivas, da humanização da saúde. A incorporação das tecnologias leves, ou seja, modos de produzir acolhimentos, responsabilizações e vínculos também devem fazer parte do trabalho em saúde.<sup>30</sup> Dessa forma, as equipes de saúde, mesmo não sendo especializadas em saúde mental, devem oferecer suporte aos usuários com demandas em saúde mental, não somente no acompanhamento na rede, mas também nas situações de crises, funcionando como local de acolhimento em situações mais graves.<sup>29,31</sup>

O apoio matricial, nesse caso, é uma importante ferramenta no cuidado em saúde mental que possibilita às equipes da atenção básica condições para a assistência e o cuidado territorial. Esse apoio tem como objetivo consolidar a responsabilização clínica e diminuir a fragmentação da atenção, na medida em que alia conhecimento, política e subjetividade possibilitando trocas de saberes entre os profissionais envolvidos no cuidado. Essa ferramenta também envolve a parceria com a gestão no desenvolvimento de novas práticas.<sup>32</sup>

A Reforma Psiquiátrica é reconhecida pelo fechamento dos manicômios. Porém, é reforçada a necessidade de desconstruir a institucionalização que ainda predomina nas relações sociais. Nesse sentido, a Reforma também é percebida como um desafio pelos profissionais. Ainda existe um pensamento segregador bastante presente na sociedade. *A Lei é muito boa, dá outra visão para a saúde mental. A Lei existe para acabar com os manicômios, surgiu no final dos anos 70/80. Mas ela é muito boa, claro que ela não está efetivamente concretizada, porque é muito difícil. (E12)* *A Reforma existe para mudar o pensamento do que é ser um paciente psiquiátrico, mudou-se muito, mas ainda é um desafio muito grande pensar o jeito que as pessoas ainda manejam os pacientes, o preconceito, o estigma que ainda está muito vivo no imaginário popular. (E18)*

A Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização vão além da desospitalização. A desinstitucionalização é considerada como “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”.<sup>2</sup> Em se tratando da Reforma Psiquiátrica, salienta-se a importância de diversos setores na luta antimanicomial, dentre eles usuários da saúde, familiares de usuários, associações e trabalhadores de saúde mental<sup>8</sup>. Incluir a sociedade nesse movimento proporciona discussões e movimentos rumo à desinstitucionalização.

De encontro a este movimento, tem-se a institucionalização, que é representada por forças, mecanismos e aparatos institucionais que desconsideram a individualidade do sujeito e fortalecem limites impostos pela doença e reforçam a estigmatização. Nesse sentido, a pessoa com transtorno mental é forçada, pelo poder institucionalizante, é sujeito a um processo de redução e de restrição de si que muitas vezes é irreversível.<sup>31</sup> É contra essa segregação que o movimento da Reforma Psiquiátrica vem lutando no sentido de desinstitucionalizar a pessoa com transtorno mental.

Para que o processo de desinstitucionalização ocorra, é preciso fortalecer parcerias intersetoriais que incluam também a sociedade civil<sup>33</sup>. Além disso, a mudança no modelo de atenção também envolve aspectos ético-estéticos, políticos e culturais, por meio de esforço constante de todos os atores envolvidos no sentido de avançar com esse processo.<sup>34</sup>

A Política de Saúde Mental brasileira, desde a década de 1990, busca um novo modelo de atenção à pessoa com transtorno mental, advindos com os ideais da Reforma Psiquiátrica e do SUS, além das conquistas da Luta Antimanicomial, que visam à substituição do modelo hospitalocêntrico, centrado nas internações e medicalização da enfermidade. O sujeito passa a ser considerado em sua totalidade e leva-se em conta o contexto social em que está inserido. Aposta-se na necessidade de investir nos determinantes sociais, econômicos e culturais implicados no cuidado em saúde mental, no sentido de proporcionar cuidado integral que abranja outros setores a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida ao usuário atendido.<sup>35</sup>

Para além disso, o trabalho na comunidade onde vive o usuário da saúde mental se faz imprescindível, já que é nesse espaço que se dá a vida das pessoas, através das trocas reais e simbólicas de solidariedade, assim como de preconceitos e rejeições que são construídos e sedimentados cotidianamente<sup>36</sup>. Nesse sentido, destaca-se que os projetos terapêuticos devem facilitar a saída do usuário do serviço, sem, contudo, levar o serviço consigo, como marca de sua institucionalização.<sup>37</sup>

Dois dos profissionais entrevistados demonstrou não compreender os aspectos da Lei da Reforma Psiquiátrica mesmo trabalhando há bastante tempo na unidade de internação psicossocial. Além disto, não foi despertado interesse anterior em um desses dois profissionais que afirmaram não compreender sobre a Reforma Psiquiátrica em conhecer sobre a Reforma Psiquiátrica. Mesmo havendo pouco conhecimento, este ainda fica restrito ao cuidado hospitalar. Durante as entrevistas, cinco trabalhadores demonstraram preocupação com a formação dos profissionais de saúde.



---

Soma-se a isso, a inserção no SUS de profissionais que não estão preparados e capacitados para o trabalho na saúde mental.

*Não tenho conhecimento exatamente [...], sobre o que tu estás falando? (E1)*

*Esse tema para mim nunca foi falado...nunca busquei um maior conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica, mas pelo que eu observo dentro da unidade de internação, o que eu compreendo é que hoje está muito melhor para trabalhar com os pacientes, poder ter um convívio mais aberto e humanizado. (E14)*

*Eu vejo que a Reforma Psiquiátrica é algo que não faz parte da formação íntima de todos os profissionais. E, a gente acaba se iludindo, muitas vezes, achando que todos os profissionais têm essa "sede" de revolução, quando na verdade a maioria busca apenas um lugar cômodo para desempenhar suas funções. (E15)*

Reconhece-se a necessidade de estratégias de incentivo à qualificação dos profissionais da saúde mental. Seja através de dispositivos de capacitação ou de aperfeiçoamento, o processo de formação em saúde mental tanto na formação acadêmica como profissional fortalece o trabalho em equipe e promove melhor atuação e articulação no cenário psicossocial.<sup>11</sup>

Autores enfatizam a importância da inserção de estudantes na realização de atividades práticas em saúde mental desde o início da graduação.<sup>38</sup> Dessa forma, as dúvidas poderiam ser esclarecidas, além dessa integração oferecer a possibilidade de desconstruir ideias negativas sobre a pessoa com transtorno mental.

Para que se fortaleça e se aumente a qualidade de resposta do setor da saúde às demandas da população, é fundamental que se promova a formação dos trabalhadores de nível técnico. Esta formação é um componente decisivo para a efetivação da Política Nacional de Saúde e no desenvolvimento das ações e serviços de saúde. Para isso, em 2007, com a Portaria Nº 1996/ 07, é implementada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que tem a proposta de integrar o ensino e as práticas no cotidiano dos serviços de saúde.<sup>39</sup>

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e as Residências Multiprofissionais são alguns exemplos de ferramentas de formação. Porém não se estrutura apenas nesses programas. Sendo de caráter permanente, a formação deve ter como referência as necessidades da população, da gestão setorial e do controle social. A Educação Permanente em Saúde consiste num processo de desenvolvimento das potencialidades existentes, que estabelece a aprendizagem significativa e a capacidade crítica, além de proporcionar a produção de sentidos, a autoanálise e a autogestão.<sup>40</sup> Acolher e escutar atenciosamente as demandas de quem procura o serviço é o primeiro caminho para compreender as relações e os problemas dessa pessoa.

Considera-se com um desafio contínuo para os cursos de formação em saúde coletiva e mental sua contribuição para a criação de redes que possibilitem transformações na gestão e no cuidado que inclua também os diversos atores que fazem parte dessa construção, tais como trabalhadores da saúde, usuários e a sociedade enquanto controle social. Este desafio inclui reflexões acerca da produção de cuidados nos espaços voltados a atender a pessoa em sofrimento psíquico.<sup>41</sup>

## Considerações finais

Diante da pesquisa realizada, foi possível descrever a percepção da equipe multiprofissional das Unidades de Atenção Psicossocial dos Hospitais Gerais da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde frente à Lei da Reforma Psiquiátrica. Segundo os participantes, há obstáculos no cuidado em rede, dentre eles: a fragilidade e a estigmatização em relação ao usuário, que resultam na dificuldade deste em acessar os serviços da rede, tais como CAPS e atenção básica. Tais dificuldades convidam a repensar a lógica da desinstitucionalização para além da desospitalização, concretizando-se também enquanto processo de reflexão, discussões, cidadania e corresponsabilidade entre trabalhadores da saúde mental, usuários, familiares e sociedade.

Ressalta-se a necessidade de inserir a Educação Permanente em Saúde como ferramenta que possibilite aos profissionais maior preparo para lidar com as dificuldades diárias encontradas no cuidado produzido tanto no momento da internação quanto no território em que o usuário da saúde mental está inserido.

Sugere-se novas pesquisas nos demais pontos de atenção em saúde mental, tais como CAPS e ESFs que proporcionem conhecimentos a respeito de como os profissionais inseridos nesses serviços percebem e reconhecem a Reforma Psiquiátrica. Discussões e questionamentos a respeito dessa temática podem funcionar como dispositivos para despertar

a curiosidade e a busca por mais ações que contribuam com novas formas de pensar e atuar no cuidado em saúde mental.

## Referências

1. Oliveira, F. C. Da saúde à qualidade de vida: por um humanismo bakhtiniano. São Carlos: UFSCar, 2015.
2. Amarante, P. Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.
3. Brasil. Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias/ Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 6 ed. – Brasília, DF:senad-MJ/NUTE-UFSC, 2014.
4. Arantes DJ, Toassa G. c, GO: Trajetória Histórica e Implantação dos primeiros serviços substitutivos. Rev. Psicologia e Saúde, v. 9, n. 2, p. 47-60, maio/ago. 2017.
5. Brasil. Lei 10.216 de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
6. Azevedo AO, Souza TP. Internação Compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 27 [ 3 ]: 491-510, 2017.
7. Fontanella, BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimento para constatar saturação teórica. Caderno Saúde Pública, 27 (2), 389-394, 2011.
8. Minayo MCS (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 34ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
9. Veloso TMG, Eulálio MC. Saúde Mental: saberes e fazeres – Campina Grande: EDUEPB, 2016.
10. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. FIOCRUZ, 2007.
11. Willrich JQ. A crise psíquica no discurso da Atenção Psicossocial: um acontecimento de saber, poder e subjetivação. (tese). Rio Grande do Sul: UFPel, 2016.
12. Viegas SMF, Penna CMM. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. Interface (Botucatu). 19(55):1089-100, 2015.
13. Medeiros GT. et al. Educação Permanente em Saúde Mental: relato de experiência. Rev. Comunicação, Saúde e Educação. 20(57);475.83, 2016.
14. Brasil. Cadernos HumanizaSUS. Volume 5: Saúde Mental– Brasília : Ministério da Saúde, 2015.
15. Covelo BSR. Et al. Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. Interface: Comunicação saúde educação; 19(55):1133-44, 2015.
16. Oliveira EC. et al. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. Escola Anna Nery 21(3) 2017.
17. Silva G. et al. Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. Psicologia: Ciência e Profissão. v. 37 n°2, 404-417. Abr/Jun. 2017.
18. Amarante P, Torre EHG. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura de arte e cultura da reforma psiquiátrica e do campo da saúde mental no Brasil. Ver. Interface, Saúde e Educação. 21(63):763-74, 2017.
19. Belotti, M. et al. Família e atenção psicossocial: o cuidado à pessoa que faz uso abusivo de álcool e outras drogas. Cad. Bras. Ter. Ocup., São Carlos, v. 25, n. 3, p. 617-625, 2017.
20. Baumgarten ST, et al. A Atenção Hospitalar ao usuário de crack: percepções dos familiares. / in.: Dalmolin, BM, Doring, M (orgs). Crack e outras drogas: múltiplas facetas do cuidado em saúde mental. - Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo, 2014.
21. Dutra VFD. et al. Mediar a autonomia: um cuidado essencial em saúde mental. Escola Anna Nery 21(3) 2017.
22. Constantinidis TC, et al. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. Ciência & Saúde Coletiva, 20(2):333-342, 2015.
23. Costa JRE et al. Para compreender a doença numa perspectiva de bioética. Centro Universitario São Camilo. 1 (2);103-110, 2007.
24. Brasil. Portaria 3.088 de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
25. Pessoa. et al. A política de saúde mental no contexto do hospital psiquiátrico: Desafios e perspectivas. Escola Anna Nery 20(1) Jan-Mar 2016.
26. Macedo JP. et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.1, p.155-170, 2017.

- 
27. Gama CAP. et al. Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, 17(1), 69-84, mar. 2014.
  28. Ponte AS, Bolli ACVB, Vogt MSL, Delboni MCC, Piovezan RA. Caracterização demográfica de usuários do ambulatório de saúde mental de Santa Maria –RS. Saúde (Santa Maria), Santa Maria, Vol. 40, n. 2, Jul./Dez., p.105-114, 2014.
  29. Monteiro JR. et al. Aspectos a considerar no cuidado na crise: construindo possibilidades em saúde mental em diferentes dispositivos. In.: Dalmolin BM, Doring M, (orgs). Crack e outras drogas: múltiplas facetas do cuidado em saúde mental. Ed. UPF. Rio Grande do Sul, Passo Fundo: 2014.
  30. Merhy EE. A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde uma Discussão do Modelo Assistencial e da Intervenção no seu Modo De Trabalhar a Assistência. In.: Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público; Ed. Xamã; São Paulo, 1998.
  31. Baságua F. A Instituição Negada: Relato de um Hospital Psiquiátrico - 2ª Edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
  32. Oliveira MM, Campos GWS. Formação para apoio matricial: percepção dos profissionais sobre processos de formação. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 27 [ 2 ]: 187-206, 2017.
  33. Furtado RP et al. Desinstitucionalizar o cuidado e institucionalizar parcerias: desafios dos profissionais de Educação Física dos CAPS de Goiânia em intervenções no território. Rev. Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.1, p.183-195, 2017.
  34. Zanardo GLP, Leite LS, Cadoná E. Política de saúde mental no Brasil: reflexões a partir da lei 10.216 e da portaria 3.088. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.9, n.24, p.01-21, 2017.
  35. Silva EKB. et al. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?. R. Katál., Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 252-260, jul./dez. 2014.
  36. Furtado. et al. Desinstitucionalizar o cuidado e institucionalizar parcerias: desafios dos profissionais de Educação Física dos CAPS de Goiânia em intervenções no território. Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.1, p.183-195, 2017.
  37. FERREIRA. TPS. et al. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. Comunicação Saúde Educação; 21(61):373-84, 2017.
  38. Domingos JM. et al. Atuação na área de saúde mental: perspectiva de estudantes de um curso de graduação em terapia ocupacional. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 24, n. 2, p. 305-314, 2016.
  39. Brasil. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007/2010. Ministério da Saúde – Brasília: DF, 2011.
  40. CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Rev. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, pp.161-77; 2005.
  41. Medeiros, AC. et al. Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Escola de Enfermagem USP ;50(5):817-823, 2016.