

Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 40-46, jan./abr., 2005.

Instituições de “portas abertas”: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial*

“Open” institutions: new users-staff-contexts relationships in community based mental health care

Fernanda Nicácio¹, Gastão Wagner de Sousa Campos²

GASTÃO, F. N.; CAMPOS, G. W. S. Instituições de “portas abertas”: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 16, n. 1, p. 40-46, jan./abr., 2005.

RESUMO: A produção de novos projetos, ações e centros de atenção psicossocial, que integram as redes substitutivas de saúde mental de base comunitária/territorial no contexto da reforma psiquiátrica em curso no cenário nacional, coloca em cena a complexidade de superação do modelo asilar. Este artigo discute a proposição da *porta aberta*, apresentando parte integrante do estudo que analisou, com base em autores da desinstitucionalização italiana e do campo da saúde coletiva, a trajetória do Núcleo de Atenção Psicossocial da Zona Noroeste, desenvolvida na experiência santista de saúde mental, durante o período de 1989 a 1996. Aborda os diferentes significados da *porta aberta* na prática cotidiana, discutindo que essa proposição assume centralidade na produção de novas relações usuários-equipes-contextos.

DESCRITORES: Serviços comunitários de saúde mental. Reforma dos serviços de saúde. Desinstitucionalização. Saúde mental. Terapia ocupacional/tendências.

* O artigo apresenta parte integrante da tese “Utopia da realidade. Contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental” defendida na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP em 2003.

¹ Doutora em Saúde Coletiva, Professora Doutora do Curso de Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP.

² Doutor em Saúde Coletiva, Professor Associado do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Endereço para correspondência: Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rua Cipotânea, 51, Cidade Universitária, São Paulo, CEP 05360-160, e-mail: centroto@usp.br.

INTRODUÇÃO

A produção de novos projetos, ações e centros de atenção psicossocial, que compõem as redes substitutivas de saúde mental de base comunitária/territorial no contexto da reforma psiquiátrica em curso no cenário nacional, coloca em cena a necessidade de transformação e superação do modelo asilar. Dessa forma, diferente de uma simples mudança administrativa do *locus* de intervenção, essa produção inscreve múltiplas dimensões: as políticas públicas, os saberes, os modos de fazer saúde, as formas e os sentidos de cuidar, a projetualidade das instituições, os direitos, os processos socioculturais.

Dentre os diversos caminhos para desenvolver a reflexão sobre a complexidade desse processo, tomamos como referência as contribuições de Campos (1994, 1997) sobre modelos de atenção. No contexto dos debates sobre o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), o autor compreende modelo de atenção como uma “tradução para um Projeto de Atenção à Saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, sócio-culturais e de leitura da conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações sobre o viver saudável” (CAMPOS, 1994, p. 58).

Assinalando que modelo de atenção é técnico e político, Campos (1997, p.115) considera como categoria de mediação entre a determinação histórico-estrutural de políticas sociais e as práticas de saúde, “uma instância na qual, atores sociais reelaborariam determinantes macro-sociais e determinantes disciplinares em função de seus projetos singulares”. Com esse conteúdo, a reflexão sobre os modelos de atenção requer duas linhas de análise: uma de ordem macro, que diz respeito aos condicionantes econômicos, políticos e sociais, e outra que, produzida nesse processo, se refere às práticas sanitárias concretamente implementadas (CAMPOS, 1997).

Essa perspectiva é especialmente importante por considerar as múltiplas dimensões que compõem o projeto de atenção em saúde, explicitando a presença e o entrelaçamento de diferentes disciplinas, a compreensão de sua produção como processo histórico e social, e consente compreender que a reforma, a superação e a construção de modelos de atenção exigem a transformação dos modos de organização dos serviços, das formas de agir em saúde, dos princípios que regem as interações entre os cidadãos e os serviços públicos, revelando a complexidade dos processos de implementação e desenvolvimento de novos projetos e serviços.

Com essa visada, evidencia-se a relevância da compreensão das formas de organização das redes e dos serviços substitutivos, abertos e territoriais de atenção em saúde mental, conhecendo e refletindo sobre as diversas dimensões presentes nos processos de transformação e superação do modelo asilar na cotidianidade das novas práticas e, em particular, dos centros de atenção psicossocial. Buscando contribuir com esse debate, este artigo discute a proposição da *porta aberta*, apresentando parte integrante do estudo de doutorado que analisou, com base em autores da desinstitucionalização italiana e da reforma dos serviços de saúde do campo da saúde coletiva, a trajetória do Núcleo de Atenção Psicossocial da Zona Noroeste, desenvolvida na experiência santista de saúde mental, durante o período de 1989 a 1996. Compreendida em seus diversos significados, essa proposição assume centralidade na produção de instituições em constante movimento que buscam, cotidianamente, confrontar as diferentes formas de cristalização, e produzir novas relações usuários-equipes-contextos.

Os diversos significados da *porta aberta* no cotidiano da prática

O projeto santista de saúde mental objetivou a superação do modelo asilar e a promoção de “transformação nos procedimentos clínicos, no que se refere às representações epistemológicas da doença mental e ao plano cultural, nas relações da população com o fenômeno da ‘loucura’, e operou com a estratégia de criação da rede territorial de saúde mental, a partir da desconstrução do hospital psiquiátrico (CAPISTRANO FILHO; KINOSHITA, 1990).

Situado em área periférica da cidade, marcada por precárias condições de habitação, de saúde e de vida, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) da Zona Noroeste era responsável pela saúde mental de uma região com população então estimada de 120.000 habitantes, assumindo, prioritariamente, o cuidado global da demanda de “usuários graves”. A equipe era formada por psiquiatras, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, acompanhantes terapêuticos, auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos, merendeiros, auxiliares de serviços gerais, totalizando, em média, 45 trabalhadores. Na experiência santista, os NAPSs, serviços substitutivos e territoriais, com atenção contínua 24 horas e 7 dias/semana¹, desenvolviam múltiplas modalidades e

¹ Desde 2002, os centros de atenção psicossocial de atenção contínua e ininterrupta durante 24 horas, denominados CAPS III, são regulamentados pela Portaria GM 336/02 (BRASIL, 2002).

estratégias de intervenção: atenção individual, grupal e familiar, atenção às situações de crise, espaços coletivos, visitas domiciliares e atenção familiar, convivência e projetos culturais, hospitalidade diurna, noturna e integral, e parcerias e participação em projetos comunitários/territoriais. Buscava-se, a partir da afirmação dos direitos de cidadania, a produção de uma prática terapêutica centrada na multidimensionalidade e complexidade das necessidades das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico em seus contextos de vida, e orientada para a potencialização de suas possibilidades de participação nas trocas sociais, propiciando percursos de emancipação (CAPISTRANO FILHO; KINOSHITA, 1990; NICÁCIO, 1994; 2003; KINOSHITA, 1996; NASCIMENTO, 1997; REIS, 1998; ROBORTELLA, 2000).

Na perspectiva da desinstitucionalização, *porta aberta* é uma diretriz central dos serviços territoriais e um dos princípios que compõe a estratégia de produção de saúde mental comunitária, coletiva e territorial (ROTELLI, 1987; 1999). Para Rotelli (1991), a *porta aberta*, concretamente construída no processo de superação da instituição asilar, é difícil de ser codificada, apresenta diversos significados, e refere-se às formas de conhecer e interagir, à relação com a demanda e à validação das pessoas e de seus direitos, à construção do repertório da equipe e estilo de trabalho, e à organização do serviço. Na experiência triestina, os centros de saúde mental foram projetados como serviços abertos 24 horas por dia, sete dias por semana, capazes de “acolher as pessoas a qualquer momento do dia e da noite”, e de possibilitar as diferentes formas de utilização do serviço pelos usuários (ROTELLI et al., 1990, p. 38).

Com base nessa perspectiva, *porta aberta*, compreendida em seus diversos significados, constituiu uma noção fundamental para o projeto santista. Desde o início do processo, a proposição foi de construir o NAPS como serviço de referência no território, aberto, transitável, que possibilitasse o livre acesso das pessoas: serviço público que reconhece os usuários como *sujeitos de direitos*.

Na prática, essa proposição significava, em primeiro lugar, literalmente *portas abertas*: o espaço do serviço não reproduzia as diversas formas de controle e de segregação presentes nas instituições asilares como muros, grades, portas fechadas, lugares de contenção. Pode-se dizer que essa estrutura é fundamental na implementação dos novos serviços e, ao mesmo tempo, não garante, em si mesma, uma instituição aberta.

Ocupando o primeiro andar do Centro de Saúde, não existia propriamente uma porta de entrada no NAPS, mas, a chegada nesse andar, delimitava o espaço, configurando, de certa forma, uma “porta invisível”. A proposição era que

todas as portas permanecessem abertas, com exceção do período das 21:00 às 7:00 horas no qual a porta do Centro de Saúde permanecia fechada e o acesso poderia ser feito através de campanha ou telefone.

Essa descrição do lugar, da porta de entrada do Centro de Saúde e a da “porta invisível” do NAPS, é importante para a compreensão da *porta aberta* no agir cotidiano, considerando que, em algumas ocasiões, essas adquiriam o sentido de matizar o movimento de abrir/fechar a instituição. Por exemplo, a porta invisível do NAPS estava aberta, mas a porta do Centro de Saúde estava fechada ou, ao contrário, a porta invisível “era fechada” e a porta do Centro de Saúde aberta.

Na experiência desenvolvida no NAPS, a implementação da *porta aberta* requereu produzir uma forma de organização do processo de trabalho plástica, flexível, sensível e permeável à demanda que possibilitasse atenção contínua às pessoas, em diferentes lugares e momentos de seu processo. Tratava-se, também, de buscar superar os modos tradicionais de organização de serviços tais como pré-consulta, triagem, agendamento. Dessa forma, não era necessário qualquer encaminhamento para o primeiro atendimento e esse poderia ser realizado, quando necessário, no domicílio, na rua, e em qualquer outro espaço do território, inclusive nas situações de atenção à crise (KINOSHITA, 1996; NICÁCIO; CAMPOS, 2004).

Com essa perspectiva, na organização do trabalho, estava prevista, para cada dia, no período das 7:00 horas às 19:00 horas, a definição de uma dupla de trabalhadores, formada por um profissional universitário e um auxiliar de enfermagem, responsável pelo atendimento de todas as pessoas que chegassem ao NAPS, das situações de crise (no serviço e no território), e dos chamados por telefone de usuários e/ou de familiares, assim como de serviços sociais, sanitários, e de pessoas e instituições do território. Os trabalhadores, denominados plantonistas, poderiam recorrer, quando necessário, à equipe, e configuravam, efetivamente, as pessoas de referência para o cotidiano, disponíveis para escutar os usuários, para atender as demandas que emergiam, algumas totalmente imprevistas; ao mesmo tempo, dirigiam uma particular atenção para o conjunto, buscando decodificar a multiplicidade de demandas presentes no dia-a-dia. No período noturno e nos finais de semana, os usuários em atendimento e os familiares poderiam acessar diretamente o serviço e, se necessário, a equipe de plantão articulava a atenção psiquiátrica no pronto-socorro.

Pautado nas necessidades das pessoas e nos diferentes momentos do processo, eram diversas e múltiplas as formas de intervenção no primeiro atendimento. Os

plantonistas operavam no sentido de entrar em relação, aproximar-se da pessoa e de seu sofrimento, decodificar as demandas, compreender o processo e o contexto, buscando, a partir da validação dos saberes, dos direitos, e da contratualidade dos usuários e das pessoas de sua rede sociorelacional, conhecer e iniciar a construção das possibilidades para a produção compartilhada de contratos e de projetos terapêuticos singulares (NICÁCIO, 2003; NICÁCIO; CAMPOS, 2004).

A prática da *porta aberta* gerou diversas discussões e evidenciou que as possibilidades e as dificuldades que cada equipe de plantão encontrava para dar respostas era diferenciada, e remetia a um conjunto de diversas questões. No início do trabalho, era freqüente a dupla de plantão propor a participação de um psiquiatra nos primeiros atendimentos considerados difíceis. Em alguns momentos da experiência, que, por diferentes razões, resultavam em insuficiência de profissionais, a equipe optava por “fechar as portas”, reeditando o agendamento. Em geral, essa atitude era precedida de discussões tensas e o confronto com a prática do agendamento acabava por reafirmar o sentido da *porta aberta* e o compromisso da equipe em relação às necessidades dos usuários.

Por outro lado, o exercício cotidiano de entrar em relação, de lidar, constantemente, com novas situações, algumas imprevistas, de aproximar-se do sofrimento das pessoas, de arriscar possibilidades de interação e de encontro não é tarefa simples e convida, constantemente, a indagar: como conhecer as necessidades? De que forma compreender determinadas histórias e processo? Como se aproximar e cuidar do outro? Quais caminhos trilhar na produção de um projeto? Como descobrir novos recursos para lidar com essa demanda? Como produzir e manter as portas abertas nas situações conflitivas? Esse conjunto de questões não encontra respostas simplistas e requer a produção de espaços abertos para refletir, partilhar a responsabilidade, repensar as formas de intervenção, redefinir as estratégias, propiciando, sobretudo, indagar a própria instituição: “autorizado a entrar (visto que este é o primeiro gesto de tratamento), ele [a subjetividade de cada usuário e de sua vida, toda inteira] efetivamente coloca em crise a organização; e esta crise produz uma transformação real da própria organização” (DE LEONARDIS et al., 1990, p. 85).

Com esse conteúdo, a efetivação da prática da *porta aberta* está diretamente articulada ao fortalecimento e à potencialização da dupla de trabalhadores, da equipe, e dos recursos do serviço para produzir, reinventar e complexificar as leituras, as respostas e as possibilidades de pensar e fazer compartilhado. Na experiência do NAPS, a reunião diária, aberta à participação de todos, representa-

va o espaço central de organização do trabalho, a partir da discussão dos problemas que emergiam no dia-a-dia, da reflexão sobre os percursos terapêuticos e os projetos em curso, e da programação do trabalho. Era, também, o momento de narrar o primeiro contato com um usuário, refletir sobre o contrato proposto, discutir as vivências de tensão no atendimento de uma determinada situação de crise, os problemas do plantão noturno, as dúvidas e incertezas em como seguir um projeto, os conflitos de uma situação familiar, as riquezas de um grupo.

Em outras palavras, a proposição da *porta aberta* requer uma nova forma de organização do serviço e de estilo de trabalho da equipe que propicie, discussão aberta de conflitos, flexibilidade institucional, invenção compartilhada de projetos e, sobretudo, a construção da equipe como coletivo, potencializando seus recursos e suas possibilidades de produzir a *porta aberta*. O que parece fundamental enfatizar é que, processualmente, a partir verificação cotidiana da prática, as possibilidades da equipe de responder à diversidade e singularidade das demandas ampliaram-se, produzindo um saber-fazer coletivo.

Na experiência desenvolvida no NAPS, a *porta aberta*, no sentido de produção de uma diversa relação com a demanda, significava garantir atenção a todas as pessoas que chegam ao serviço e, sobretudo, a validação do outro, a disponibilidade à intermitência da experiência de sofrimento psíquico, a agilidade para a urgência da dor, a escuta para as diversas formas de expressão da demanda.

No campo da saúde coletiva, Campos (1994) propõe a noção de “acolhida” tanto no sentido de abertura dos serviços públicos para a demanda como de responsabilização pelos problemas de saúde de uma região e considera que o “coeficiente de acolhida” poderia ser avaliado segundo as possibilidades de acesso de usuários novos e em atendimento e, também, de acordo com a “plasticidade” do modelo de atenção, isto é,

conforme sua capacidade de mudança, de adaptação de técnicas e de múltiplas combinações de atividades, objetivando sempre dar conta da variedade dos problemas de saúde, da inconstância dos recursos disponíveis e ainda do entrelaçamento da saúde com aspectos sócio-econômicos e culturais (CAMPOS, 1994, p. 63).

O autor considera, também, que “responsabilizar a equipe pelo cuidado integral da saúde de coletiva e individual” e “vínculo de acolhida” constituem diretrizes fundamentais para garantir “a qualidade do cuidado e a legitimação dos serviços públicos pelos usuários” e deveriam sobredeterminar os desenhos dos modelos de atenção (CAMPOS, 1994, p. 62). Essa perspectiva inscreve o

conjunto das proposições das políticas públicas de saúde e das diretrizes norteadoras dos modelos de atenção e, ao mesmo tempo, enfatiza o lugar de cada serviço em particular e a responsabilidade da equipe na construção das possibilidades para a produção de novas relações com a demanda, de formas inovadoras de agir em saúde e de organização e gestão dos serviços visando à efetivação de acesso e de acolhimento.

Na experiência do NAPS, a questão da acessibilidade/inacessibilidade mostrou-se articulada, também, à hegemonia do modelo asilar, aos sentidos que a loucura adquire social e institucionalmente e à própria contratualidade da demanda. Por um lado, a condição de exclusão, a fragilidade de poder contratual dos usuários e dos familiares, a mobilidade restrita presente, por diferentes razões, em diversos momentos dos processos das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico, as diferentes interpretações e percepções socialmente construídas dessa experiência e, por outro, o enraizamento cultural do hospital psiquiátrico como solução, expressa na difusa concepção, inclusive entre os trabalhadores sociosanitários, da instituição como a principal resposta técnica, podem limitar, *a priori*, o acesso aos novos serviços no território.

Dessa forma, a garantia de acesso requer *porta aberta* em seus diversos significados e, inclusive, a elaboração de estratégias para ir ao encontro da demanda. Em outras palavras, a *porta aberta* não se circunscreve ao interior do serviço, implica adentrar nos territórios e, diferente da perspectiva preventivista-comunitária de ampliação do campo de intervenção psiquiátrica, trata-se, por um lado, das iniciativas da equipe para identificar os processos de produção da demanda psiquiátrica, os caminhos que usuários e familiares percorrem nos serviços sociosanitários, as diversas formas de desassistência e abandono, e produzir novas respostas.

Por outro, significa, acompanhar os usuários em seus contextos de relações, reconhecendo os recursos institucionais e comunitários presentes no território, e criando múltiplas formas de interação que sustentem e promovam novas possibilidades de vida. Em termos de imagem, poderíamos pensar em instituições de *portas abertas*, com duplo movimento, para dentro e para fora.

Nessa perspectiva, *porta aberta* significava uma nova forma de relação com os usuários e de realização do primeiro contacto e, ao mesmo tempo, delineou novas relações usuários-equipe-território, base do conjunto da prática terapêutica, colocando em movimento a própria instituição e interrogando as relações de poder e as diversas formas de cristalização, de distanciamento, e de fechamento das portas que se produzem no cotidiano.

Neste sentido, diretriz norteadora do serviço, a *porta aberta*, concreta e como forma de relação, atravessava o conjunto das relações institucionais e da prática terapêutica, e requer uma dinâmica de trabalho capaz de lidar com conflitos, de operar no movimento de ordem-desordem, instituinte-instituído, na qual as ações são construídas, desmontadas, e reconstruídas a partir das necessidades dos usuários em seu contexto de relações. Um serviço projetado, “sobre suas próprias fronteiras - sobre este muro - não para defendê-lo, mas para usá-lo, desmontando-o, de novo e sempre, para direcionar a instituição às necessidades da demanda” (DE LEONARDIS et al., 1990, p. 85).

Em outras palavras, essa proposição afirma a centralidade da demanda, buscando transformar as relações de poder entre usuários e instituições e produzir práticas inovadoras que dialoguem com a complexidade das experiências de sofrimento e de adoecimento, de forma contextualizada e multidimensional, dentro e fora dos espaços e limites institucionais, confrontando as diferentes expressões de codificação e de categorização. Significa uma nova forma de perceber e de se relacionar que, desconstruindo lugares institucionalizados, resignifica, ao mesmo tempo, os modos de cuidar, em síntese, “abrir a instituição não é apenas abrir as suas portas, mas abrir a cabeça frente a ‘esse’ doente” (BASAGLIA, 1983, p. 45).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência desenvolvida no NAPS revela que a *porta aberta*, compreendida na perspectiva da desinstitucionalização, não é um dado nos novos serviços e projetos no território: é uma construção cotidiana, um movimento contínuo e coletivo, novas formas de relação com os usuários, entre os trabalhadores, e com o território, que busca, em campo de diversidade de contratualidades, produzir relações de reciprocidade, e confrontar-se com as reproduções de serialização e institucionalização.

O aprendizado dessa experiência indica, também, que a definição da *porta aberta* como estratégia norteadora para as redes de saúde mental de base comunitária/territorial e dos serviços substitutivos e, em particular, dos centros de atenção psicossocial, evidencia um conjunto de dimensões das políticas públicas locais de saúde mental, especialmente no que se refere aos desenhos de modelos de atenção comprometidos com a promoção dos direitos das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e com a superação do modelo asilar no contexto do SUS, ao planejamento e à implementação de projetos e de serviços condizente com as necessidades e singularidades das diversas realidades, à efetivação de regionalização/

territorialização da atenção, aos estilos de trabalho, às formas de organização e gestão dos serviços e, sobretudo, à projetualidade das relações entre pessoas, instituições e contextos.

Para finalizar, é particularmente instigante a reflexão proposta por Basaglia a partir da narrativa de sua visita em uma instituição da Inglaterra, quando perguntou ao colega inglês:

O que quer dizer instituição? Ele não sabia dar uma resposta... [...] e olhando-me respondeu: - ‘A instituição é... olhando em volta... essa, indicando-me com as mãos’. [...] E assim, eu tive a iluminação com a qual compreendi que a insti-

tução, naquele momento, éramos nós dois, lá, naquele lugar que era o manicômio e, portanto, eu comecei a entender que todos os discursos que nós fazíamos, naquele momento, eram discursos que abriam ou fechavam essa instituição que éramos nós dois (BASAGLIA, 1983, p. 42).

Com esse conteúdo, a produção de instituições de portas abertas, como forma de pensar e de interagir é, certamente, uma tarefa complexa e interminável. Tarefa para a qual, como diz Basaglia (1983, p. 43), “não temos a chave, mas, ao contrário, temos o risco da relação que é sempre aberto, e que é nossa habilidade manter aberto e não fechado”.

GASTÃO, F. N.; CAMPOS, G. W. S. “Open” institutions: new users-staff-contexts relationships in community based mental health care. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 16, n. 1, p. 40-46, jan./abr., 2005.

ABSTRACT: The development of new projects, actions and centers for psychosocial care integrating community based mental health replacement networks into the scenario of the ongoing nationwide psychiatric care reform brings to focus the complexity of replacing the asylum model. This article addresses the “open door” proposal, presented in the study that, based on the Italian deinstitutionalization authors and collective health studies, evaluated the “Núcleo de Atenção Psicossocial da Zona Noroeste”, a mental health practice developed in the municipality of Santos in the period between 1989 and 1996. The different meanings of “open door” in daily practice are discussed, underlining that this proposal becomes central to the development of new users-staff-contexts relationships.

KEY WORDS: Community mental health services. Health care reform. Deinstitutionalization. Mental health. Occupational therapy/trends.

REFERÊNCIAS

BASAGLIA, F. Lezione/conversazione con gli infermieri. In: MAURI, D. (a cura di). **La libertà è terapeutica? L’esperienza psichiatrica di Trieste**. Milano: Feltrinelli, 1983. p. 41-7.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.

CAMPOS, G. W. S. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva para a organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 143-61.

CAPISTRANO FILHO, D.; KINOSHITA, R. T. O programa de saúde mental da cidade de Santos, Brasil. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação**. Caracas, Conferência Regional, 11 a 14

novembro 1990. Brasília: Programa de Prevenção de Saúde, 1992. p. 20-2.

BRASIL. Portaria GM 336 de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de fevereiro de 2002.

DE LEONARDIS, O.; MAURI, D.; ROTELLI, F. Prevenir a prevenção. In: NICACIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 65-87.

KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania. In: BRAGA CAMPOS, F. C.; HENRIQUES, C. M. P. (Org.). **Contra a maré, à beira mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Scritta, 1996. p.39-49.

NASCIMENTO, S. P. S. O caminhar na desconstrução do modelo de atenção asilar em saúde mental: a experiência de Santos. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 8, n. 1, p. 5-14, 1997.

NICÁCIO, F. **O processo de transformação da saúde mental em Santos**: desconstrução de saberes, instituições e cultura. 1994. 155f. Dissertação (Mestrado – Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

NICÁCIO, F. **Utopia da realidade**. Contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 2003. 224f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção às situações de crise. Contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. In: **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 71-81, 2004.

REIS, S. L. C. **Da desconstrução do manicômio à construção de um novo modelo de atenção em saúde mental, município de Santos no período de 1989 a 1996**. 1998. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

ROBORTELLA, S. C. **Relatos de usuários de saúde mental**

em liberdade: o direito de existir. 2000. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

ROTELLI, F. Le istituzione della desistituzionalizzazione. In: GIANNICHEDDA, M. G.; BASAGLIA, F. O. (a cura di). **Psichiatria, tossicodipendenze, perizia**. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio. Milano: Franco Angeli, 1987. p. 55-68.

ROTELLI, F. Entrevista com Franco Rotelli. In: DELGADO, J. **A loucura na sala de jantar**. Santos: Edição do autor, 1991. p. 81-95.

ROTELLI, F. Otto piú otto principi. In: ROTELLI, F. **Per la normalità**. Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma. Scritti 1967-1998. Trieste: Asterios, 1999. p. 93-101.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa e dos “países avançados”. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

Recebido para publicação: 05/02/2005

Aceito para publicação: 28/03/2005