



**Universidade de Brasília**

**Instituto de Ciências Humanas – IH**

**Departamento de Serviço Social – SER**

**CLAUDIA DA SILVA SAMPAIO LOPES**

**O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS NA  
ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA  
BRASILEIRA**

**Brasília – DF**

**2018**

**CLAUDIA DA SILVA SAMPAIO LOPES**

**O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS NA  
ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA  
BRASILEIRA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social (SER), do Instituto de Ciências Humanas (IH), como requisito à obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, pela Universidade de Brasília (UnB), sob orientação da Profa. Dra. Andréia de Oliveira.

**Brasília – DF**

**2018**

**O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS NA  
ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA  
BRASILEIRA**

A banca examinadora abaixo identificada aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social, da Universidade de Brasília (UnB), da estudante:

**CLAUDIA DA SILVA SAMPAIO LOPES**

---

**Profa. Dra. Karen Santana de Almeida Vieira**

Examinadora interna

---

**Profa. Dra. Kênia Augusta Figueiredo**

Examinadora interna

---

**Profa. Dra. Andréia de Oliveira**

Orientadora - SER / UnB

Aprovado em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*Aos pacientes de Saúde Mental e, de igual modo, a todos os profissionais que atuam nos mais diversos espaços na busca de garantia dos direitos a essas pessoas que ainda sofrem com o estigma social.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo cuidado e pela proteção durante a minha caminhada na jornada da vida.

Ao meu esposo, por estar sempre presente e me incentivar a conquistar e avançar rumo aos meus objetivos, mesmo quando, para mim, parecia ser tão difícil. Obrigada pelos apoios moral, emocional e econômico e por nunca hesitar, durante minha trajetória acadêmica, investindo e propiciando, dentro dos seus limites financeiros, um ambiente favorável, para que eu pudesse estudar e fazer meus trabalhos. Obrigada pela atenção nos momentos de estresse e cansaço. Ao meu filho, pela ajuda e disponibilidade sempre que precisei; por estar sempre pronto a me ajudar no desenrolar de cada momento da construção da minha trajetória acadêmica. Ambos fizeram toda a diferença nessa minha caminhada.

À minha mãe, com todo amor e carinho, o meu respeito e as mais profundas considerações por sempre me motivar, mesmo quando eu estava muito cansada e, algumas vezes, confesso que desanimada, perante os desafios. À senhora, minha mãe, por ter me ensinado sempre a cumprir com minhas tarefas da melhor maneira possível e, se não estivesse impecável, era preciso fazer de novo, para que o resultado fosse favorável. Obrigada pelas palavras de força e ânimo; por acreditar em mim até mais do que eu mesma. Pelas palavras ditas logo no início da minha trajetória acadêmica: “Faça o que fizer, chegue aonde chegar, mas jamais se esqueça das suas raízes, sempre respeite e reconheça o valor de cada pessoa por onde você passar”. Agradeço por não desistir nunca de lutar e por ter feito o melhor possível para criar a mim e meus irmãos, mesmo diante das dificuldades e desafios do cotidiano. Sei que a minha conquista também é sua.

Ao meu pai, pelas orações, conversas e pelos diálogos, sempre de maneira suave e doce, quando nos encontramos.

Ao meu irmão, Claudio, e a minha irmã, Cristiane, que, mesmo distantes, sempre me incentivaram e apoiaram, fazendo-me acreditar que era possível, ainda que difícil.

Aos meus sogros, Jesué e Maria, pelo afeto e cuidado, mesmo distantes. Aos meus cunhados e cunhadas, Janaína, Kayla, Silvano, Kelly e Hudson, obrigada pela torcida com todos os meus sobrinhos.

À minha professora e orientadora, Andréia Oliveira, pelo incentivo sempre, pela paciência e o profissionalismo, durante todo o tempo, no processo de construção, tanto do

projeto como do Trabalho de Conclusão de Curso. A minha eterna gratidão e admiração pelo ser humano e profissional que é.

A todos os meus professores da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e da UnB, que contribuíram na construção de um pensamento profissional crítico, ético e comprometido com a classe trabalhadora.

Às minhas supervisoras de estágio, tanto acadêmico como de campo, Miriam e Geucilene, e aos assistentes sociais Bete Santana e Geovani, que, na ausência da minha supervisora, se disponibilizaram a me supervisionar. Obrigado pela oportunidade de conhecer de perto o significado da prática profissional. Vocês muito contribuíram com suas experiências e conhecimento no processo de formação acadêmica e profissional, por meio de leituras, diário de campo, relatórios, atendimentos, dentre outros.

Aos colegas que compartilharam da minha vida acadêmica e que fizeram toda a diferença desde o início dessa trajetória, em especial, a Edna Matiola, da qual sinto muitas saudades, e dos nossos momentos de risadas que tornavam mais leve a caminhada.

À amiga Sandra Mara, de Florianópolis/SC, pelo incentivo e pelas palavras positivas sempre, nos anos em que estudamos juntas, você é especial.

À colega de classe, Laís Costa, por sua bondade e gentileza e por sempre estar pronta a ajudar e ouvir. Aos colegas que fiz e que também marcaram a minha trajetória universitária, Texssandro, Gisele Gomes, Luciana e Alessandra. Vocês ajudaram a tornar os momentos mais leves e agradáveis.

Por fim, à Banca Examinadora, pela disponibilidade em participar da avaliação deste trabalho.

**Dedico a todos vocês com carinho.**

*Você nunca sabe que resultados virão  
da sua ação. Mas se você não fizer  
nada, não existirão resultados.*

Mahatma Gandhi

## RESUMO

A presente monografia tem o objetivo central de contextualizar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPs), dispositivo estratégico no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira e seus desafios para assegurar à pessoa com transtorno mental o acesso à saúde e ao atendimento pautado na lógica do cuidado, da integralidade e da reinserção social. Por meio de revisão da literatura científica brasileira sobre a temática, procurou-se identificar as possibilidades, os desafios e limites dos CAPs no processo de implementação de atenção à Saúde Mental no âmbito das propostas da Reforma Psiquiátrica brasileira, em substituição ao modelo manicomial/asilar. Para tanto, foi realizada pesquisa bibliográfica na base de dados da Biblioteca Científica Eletrônica em Linha/ Scientific Electronic Library Online (SciELO) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), como também em livros, documentos e legislações que tratam da temática abordada. Procurou-se entender a implementação de política de Saúde Mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Lei 10.216/2001, que passou a redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, com contribuição na abertura de serviços substitutivos, como o CAPs. Com o estudo analisado, foi possível compreender os significativos avanços em torno do processo da Reforma Psiquiátrica na reorientação do cuidado a pacientes em sofrimento psíquico. E, ainda, os entraves na consolidação desse projeto na atual conjuntura econômica, em que ocorre o enxugamento e congelamento dos investimentos, sobretudo na área da saúde. Por fim, as considerações finais trazem apontamentos a respeito dos avanços e desafios em torno da Reforma Psiquiátrica na substituição do modelo hospitalocêntrico.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica. Desinstitucionalização. Centro de Atenção Psicossocial.

## ABSTRACT

The following monography presents as the core of its purpose the contextualization of the Center for Psychosocial Attention (CAPs), strategic device in the process of the Psychiatric Reform and its challenges, seeking to grant the access of health and treatment to those with mental disorders, based upon the principles of integrality, aid and social reinsertion. Through Brazilian scientific literature on the subject, identifying obstacles, limits and potential of the CAPs was necessary in the procedure of health care implementation in order to attain the proposals from the Brazilian Psychiatric Reform, substituting the shelter/asylum model. Hence, a thorough bibliographic research was done by virtue of the Scientific Eletronic Library Online (SciELO) data base and the Virtual Library (BVS), as well as on account of books, documents and legislation which tackled the current theme. Efforts were made to be cognizant of the mental health politics establishment in SUS, based on the 10.216/2001 Law, which redirected the conduct of the mental health assistance model, contributing on inauguration of substitutive services such as CAPs. By means of the analyzed studies, it was possible to comprehend the significant improvements that took place throughout the Psychiatric Reform process of (re)orientation on the methodology of nursing the patients with psychic difficulties. Furthermore, hindrances were exposed in the consolidation of this project in the current economic conjuncture with the downsizing and freezing of the investments primarily over the health field. Lastly, the final considerations shed light upon the replacement of the hospitalocentric model of the Psychiatric Reform, between challenges and improvements.

**Keywords:** Psychiatric reform. Deinstitutionalization. Center for Psychosocial Support.

## LISTA DE SIGLAS

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**Bireme/Opas/OMS** – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde

**BVS** – Biblioteca Virtual em Saúde

**CAPs** – Centro de Atenção Psicossocial

**CBP** – Congresso Brasileiro de Psiquiatria

**Cebes** – Centro Brasileiro de Estudos e Saúde

**Cersams** – Centros de Referência em Saúde Mental

**CF/88** – Constituição Federal de 1988

**CNSM** – Conferência Nacional de Saúde Mental

**CNTSM** – Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental

**Corsam** – Coordenação Nacional de Saúde Mental

**Dinsam** – Divisão Nacional de Saúde Mental

**ESF** – Equipe de Saúde da Família

**FHC** – Fernando Henrique Cardoso

**Inamps** – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

**Ibrapsi** – Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições

**Ipea** – Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições

**MTSM** – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

**NAPs** – Núcleo de Atenção Psicossocial

**RAPs** – Rede de Atenção Psicossocial

**RAS** – Rede de Atenção à Saúde

**Reme** – Movimento de Renovação Médica

**SciELO** – Scientific Electronic Library On-line/ Biblioteca Científica Eletrônica em Linha

**SRT** – Serviços Residenciais Terapêuticos

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UAs** – Unidades de Acolhimento

**UFSC** – Universidade Federal de Santa Catarina

**UnB** – Universidade de Brasília

**TCC** – Trabalho de Conclusão de Curso

## Sumário

INTRODUÇÃO .....	13
PROCESSO METODOLÓGICO .....	17
1 SAÚDE MENTAL, REFORMA PSIQUIÁTRICA E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: A COMPLEXIDADE DE UM PROCESSO EM MOVIMENTO.....	20
1.1 Breve Resgate das Origens do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e a Política de Saúde Mental .....	20
1.2 Desinstitucionalização e Desconstrução do Manicômio .....	23
1.3 Implementação da Política de Saúde Mental no Âmbito do SUS .....	27
1.4 Saúde Mental: Avanços e Desafios no Âmbito do SUS .....	30
2 CAPS COMO DISPOSITIVO DE REDIRECIONAMENTO DO MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE MENTAL.....	37
2.1 CAPs como Dispositivo do Modelo de Atenção.....	37
2.2 Espaço Interno do CAPs .....	41
2.3 Equipe do CAPs .....	41
2.4 CAPs na Rede de Atenção Psicossocial .....	43
3 PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DISPOSITIVO ESTRATÉGICO NO PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA .....	43
3.1 Nova Proposta Assistencial em Saúde Mental: Estudos Avaliativos do CAPs .....	43
3.2 Acolhimento como Estratégia de Mudança no Âmbito do Cuidado em Saúde Mental .....	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS.....	53

## INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como objetivo central a contextualização do Centro de Atenção Psicossocial (CAPs), dispositivo estratégico no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira e seus desafios para assegurar à pessoa com transtorno mental o acesso à saúde e ao atendimento pautado na lógica do cuidado, da integralidade e da reinserção social.

Como objetivos específicos, é traçado breve resgate da trajetória do processo da Reforma Psiquiátrica e o movimento da luta antimanicomial no Brasil e, ainda, identificados os instrumentos normativos, as legislações e políticas que regulamentam a atenção à Saúde Mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seguida, é analisada a função do CAPs como parte do novo modelo de atenção à Saúde Mental, bem como contextualizada a integração do CAPs como um dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs), a partir de uma revisão da literatura específica sobre a temática.

O interesse pela temática do estudo advém do Estágio Supervisionado I e II em Serviço Social, realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPs AD)-Candango-Brasília/DF, no período de abril a dezembro de 2017. A vivência no CAPs trouxe muitas contribuições e algumas inquietações, do ponto de vista dos desafios ainda encontrados pelas pessoas com transtorno mental, pelo estigma e preconceito direcionados a essas pessoas por parte da sociedade, atribuindo-lhes estereótipos negativos, com ranços do passado, quando a pessoa com transtornos mentais era considerada como errante, perigosa e incapaz e vista como ameaça à lei e à ordem social, portanto, devia ser segregada (AMARANTE,1998).

O processo da Reforma Psiquiátrica brasileira que teve início na década de 1970, que contou com a participação de familiares, dos próprios pacientes e de trabalhadores da área de Saúde Mental, trazia em seu eixo central a denúncia de violência praticada nos manicômios; a crítica ao modelo hospitalocêntrico; as condições precárias a que eram submetidos os trabalhadores dessas instituições e a forma de assistência psiquiátrica destinada aos pacientes (AMARANTE,1998).

Segundo Vasconcelos (2010), o período que compreende os anos entre 1978 e 1982 é marcado pela mobilização da sociedade civil contra o asilamento genocida e a mercantilização da loucura. Em decorrência, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que culminou mais tarde na conhecida “luta antimanicomial”.

Eventos importantes aconteceram para dar início à Reforma Psiquiátrica no Brasil, como o Congresso do Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (Ibrapsi), que contou com a participação dos “principais mentores da Rede de Alternativas à Psiquiatria, dentre eles Franco Basaglia”<sup>1</sup>(AMARANTE, 1998, p 54-55.).

Com base na experiência italiana no processo de desinstitucionalização e a crítica aos manicômios feitos por Basaglia, passaram a surgir propostas e ações para a construção de redes de cuidado e atenção destinadas à substituição progressiva dos leitos de hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1995).

Entendendo por desinstitucionalização, conforme Amarante (1995), o ato de tratar o sujeito em sua existência e na relação com suas condições concretas de vida, ou seja, não somente administrar-lhe medicamentos ou psicoterapias, mas construir possibilidades.

Segundo Amarante (1998), dentre os principais acontecimentos que marcaram esse processo, como propostas e ações para um novo modelo de assistência, estão a 8ª Conferência Nacional de Saúde Mental; a I Conferência de Saúde Mental, também conhecida por Congresso de Bauru, evento em que foi iniciada a trajetória de desinstitucionalização; e o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, com o lema: Por uma Sociedade sem Manicômios, que objetivava viabilizar aos indivíduos o convívio social, portanto, a preocupação com as mudanças não considerava apenas os espaços das instituições psiquiátricas/assistenciais, mas o aspecto cultural e o campo jurídico-político.

Após lutas e mobilizações dos movimentos sociais, redes de serviços e dispositivos de atendimento com um novo paradigma na lógica do cuidado e atenção aos pacientes/usuários, começaram a surgir no Brasil. O CAPs, como parte desses dispositivos, foi instalado em 1987, na cidade de São Paulo. Nesse mesmo período, surgiu também em Santos o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPs), um serviço com atendimento 24 horas para pessoas em crise. Com a criação de redes de atendimento, como o CAPs, o número de leitos em hospitais psiquiátricos foi sendo reduzido e o período de internação nesses hospitais diminuído (BRASIL, 2005).

O CAPs é um serviço aberto e comunitário, no âmbito do SUS, pautado nos princípios doutrinários da universalidade, integridade e equidade, instituídos pela Constituição Federal

---

<sup>1</sup> Basaglia foi um médico psiquiátrico que deu início ao processo da reforma psiquiátrica na Itália. Sua crítica radical aos manicômios influenciou fortemente a possibilidade de romper com os antigos sistemas manicomial no Brasil (AMARANTE, 1998).

de 1988 (CF/88), com garantia legal instituída pelas Leis Orgânicas 8.080/1990<sup>2</sup> e 8.142/1990. Essa última, “dispõe sobre a participação da população na gestão do SUS e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”. (BRASIL, 1990).

Com a criação do SUS, seus princípios e suas diretrizes mostram o avanço do ponto de vista do cuidado e atendimento, principalmente à população menos favorecida, diminuindo a desigualdade social. O SUS configura-se como um avanço, no âmbito da política de saúde, por ser um modelo que independe da capacidade de pagamento e da atuação no mercado de trabalho, rompendo então com o modelo anterior.

Contudo, os desafios e a reafirmação dos seus princípios e suas diretrizes estão distantes da efetivação, sobretudo quando se trata do princípio da equidade, por agregar vários setores, como emprego, habitação, saneamento, alimentação, de maneira igualitária para todo o setor. Na atual conjuntura, com o congelamento de gastos na área, principalmente, da saúde, o resultado da efetivação do direito de cidadania, como é o do SUS, acaba ficando limitado e fragilizado (BRASIL, 2003).

Diante de todo o processo de luta e mobilizações, registra-se expressivo avanço na tentativa de alcançar uma política de cuidado humanizado, com a apresentação, ao Congresso, da conhecida Lei Paulo Delgado, em 1989, que propunha a regulamentação dos direitos das pessoas com transtorno mental e a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos.

Entretanto, somente no ano de 2001 é que a Lei Paulo Delgado foi sancionada, entrando em vigor como a Lei federal 10.216/2001, que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, privilegiando o serviço de tratamento de base comunitária e não mais hospitalar (BRASIL, 2005). Essa lei foi um marco importante na construção de um novo modelo de atenção à pessoa com transtornos mentais, ao fortalecer a proposta de diferentes dispositivos de atendimento no âmbito da saúde mental, a exemplo do Caps.

Constituído por uma equipe multiprofissional<sup>3</sup>, o CAPs oferece atendimento diuturno a pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes, com serviços articulados na

---

<sup>2</sup> Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990).

<sup>3</sup> É um grupo de diferentes técnicos de nível superior e de nível médio. Os profissionais de nível superior são: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Disponível em: < [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf) > Acesso em: 04/09/2018.

rede de atenção, como os hospitais-dia. Um dos seus objetivos passa a ser a diminuição progressiva das internações nos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

Nesse processo de desospitalização, insere-se também a perspectiva de reinserção social dos pacientes nos mais diversos espaços da sociedade, como na família, no trabalho, dentre outros, rompendo com a segregação.

Existem seis modalidades de CAPs, com capacidade de atendimento de acordo com a demanda e as especificidades. Os CAPs I, II, III; os CAPs AD, AD III, e infanto-juvenil. O CAPs AD III funciona 24 horas, com leitos para internação.

Diante do exposto, o trabalho a seguir inicia-se com a descrição do caminho realizado na revisão da literatura; identificação dos artigos selecionados para o estudo, que permitiram conhecer e analisar a percepção dos profissionais acerca de dispositivos, como o CAPs; e a ruptura com o antigo modelo manicomial para um novo olhar no atendimento pautado no cuidado e na atenção a pacientes em Saúde Mental.

Para tanto, o trabalho está estruturado em três capítulos, baseados na revisão da literatura, nos estudos científicos por autores de referência na abordagem do tema, como Paulo Amarante e Eduardo Vasconcelos e, ainda, em levantamentos no banco de dados da Biblioteca Científica Eletrônica em Linha/ Scientific Electronic Library On-line (SciELO) e na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). O primeiro capítulo é composto de quatro seções. A primeira seção tem como foco o breve resgate do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil e a política de Saúde Mental. A segunda mostra uma análise da desinstitucionalização e do processo progressivo da desconstrução dos manicômios. A terceira seção trata da implementação das políticas de Saúde Mental no âmbito do SUS. E, por fim, a quarta seção aborda os avanços e desafios da Saúde Mental no âmbito do SUS.

O segundo capítulo abrange duas seções. A primeira traz a abordagem do CAPs como um dos dispositivos do modelo de atenção e, na segunda seção, é apresentado o CAPs na RAPs.

O terceiro e último capítulo apresenta a análise dos estudos selecionados na revisão da literatura, no tocante aos resultados da pesquisa sobre o CAPs no âmbito do SUS e da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Por fim, são apresentadas algumas reflexões, a título de considerações finais, sobre o CAPs, seus desafios e limites na conjuntura do SUS, e do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira.

## PROCESSO METODOLÓGICO

Com a finalidade de responder às questões propostas no TCC, foram acessadas pesquisas publicadas em bases de dados, como a SciELO<sup>4</sup>, que “é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros” e na BVS<sup>5</sup>, rede de fontes de informação *on-line* que segue o modelo proposto pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Bireme/Opas/OMS), e é visualizada como a base distribuída dos conhecimentos científico e técnico em saúde, registrados, organizados e armazenados em formato eletrônico, nos países da região, acessíveis de forma universal, na *internet*, de modo compatível com bases de dados internacionais. Os artigos selecionados foram publicados no período de setembro de 1995 a dezembro de 2017. A escolha dessas bases de dados deu-se pelo reconhecimento científico de tais fontes no âmbito da área de estudo.

A coleta de dados compreendeu o período entre 30 de agosto e 4 de setembro de 2018, por meio de descritores previamente definidos. Foram pré-selecionados 16 artigos e, após a leitura dos resumos, excluídos seis, por se tratarem de artigos repetidos, ou por não abordarem especificamente assuntos relacionados com o presente estudo, ou seja, por não atenderem aos critérios de seleção.

A sistematização das informações e análise dos dados ocorreram em duas etapas: primeiramente, foram identificados, nos resumos dos próprios artigos, os assuntos relativos ao tema do presente trabalho. No segundo momento, procedeu-se à leitura atenta e ao fichamento dos artigos selecionados, de modo a identificar a compreensão, as tendências e os principais achados dos estudos, cujos resultados foram sintetizados por similaridade de conteúdo.

**Quadro 1** - Artigos disponíveis e artigos selecionados

<b>Data</b>	<b>Descritor</b>	<b>Artigos</b>	<b>Pré-selecionados</b>	<b>Selecionados</b>
30/8/2018	Centro de Atenção Psicossocial	26 (dois em inglês)	5	3
30/8/2018	Reforma Psiquiátrica e Desafios	21	2	1
31/8/2018	Desinstitucionalização e Reforma Psiquiátrica	19	3	2

<sup>4</sup> Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 05/09/2018.

<sup>5</sup> Disponível em: <<http://bvsm.sau.de.gov.br/o-que-e-a-bvs-ms>>. Acesso em: 05/09/2018.

<b>Data</b>	<b>Descritor</b>	<b>Artigos</b>	<b>Pré-selecionados</b>	<b>Selecionados</b>
3/9/2018	Saúde Mental no SUS	32	3	2
3/9/2018	Rede de Atenção Psicossocial	26	1	1
4/9/2018	Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental	8	2	1

Fonte: Elaboração a partir de dados da pesquisa.

Após esse processo, foram selecionados artigos com publicações relacionadas ao tema proposto. No Quadro 2, constam os artigos considerados relevantes para o desenvolvimento deste trabalho.

**Quadro 2** – Artigos considerados relevantes para este trabalho

<b>Artigo nº</b>	<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Revista/Livro</b>
1	RIBEIRO, Sergio Luiz	A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo	<i>Psicol. cienc. prof.</i> , set. 2004, vol.24, n.3, p. 92-99
2	BOTELHO, Jeciana das Virgens; LIMA, Maristela Viana	Percepção das emoções dos usuários do CAPs II: um relato de experiência	<i>Fractal, rev. psicol.</i> , ago. 2015, vol.27, n.2, p.160-164
3	AMARANTE, Paulo	Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica	<i>Cad. Saúde Pública</i> , set. 1995, vol.11, n.3, p.491-494. ISSN 0102-311X
4	DEL'OLMO, Florisbal de Souza; CERVI, Taciana Marconatto Damo	Sofrimento mental e dignidade da pessoa humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil	<i>Sequência (Florianópolis)</i> , dez. 2017, n.77, p.197-220. ISSN 2177-7055
5	MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, Walter Ferreira de	(Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil	<i>Saúde soc.</i> , dez 2015, vol.24, n.4, p.1273-1284. ISSN 0104-1290
6	SADIGURSKY, Dora; TAVARES, José Lucimar	Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização	<i>Rev. Latino-Am. Enfermagem</i> , abr. 1998, vol.6, n.2, p.23-27. ISSN 0104-1169
7	BALLARIN, Maria Luisa	Percepção de profissionais de um CAPs sobre as	<i>Mundo saúde (Impr.)</i> ; 35(2): [162-168], 24 fev. 2011

Artigo nº	Autores	Título	Revista/Livro
	Gazabim Simões <i>et al.</i>	práticas de acolhimento no serviço	
8	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília.	Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica: consolidação do modelo territorial de atenção, intersectorialidade, drogas e vulnerabilidade formação e produção de conhecimento para a Saúde Mental pública: relatório de gestão 2007-2010	Livro. 2011, 106 p. mapas, tab., graf.
9	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental.	Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial	Livrotab, graf., ilus. 2004. 86 p. (F. Comunicação e Educação em Saúde)
10	BRASIL. Ministério da Saúde. Opas.	Reforma psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil: conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas	Livromapas, tab., graf.; nov. 2005. 60 p.

Fonte: Elaboração a partir de dados da pesquisa.

Além da seleção antes detalhada, foram feitas pesquisas bibliográficas de estudos de autores na área, como Amarante (1998) e Vasconcelos (2010).

A pesquisa teve por objetivo contextualizar o histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil e seus desdobramentos na criação de dispositivos estratégicos como o CAPs e os desafios para assegurar, à pessoa com transtorno mental, o acesso à saúde e ao atendimento pautado na lógica do cuidado, da integralidade e a reinserção social. A análise dos materiais também trouxe o desafio da desinstitucionalização enquanto alternativa para romper com a lógica manicomial segregadora.

# 1 SAÚDE MENTAL, REFORMA PSIQUIÁTRICA E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: A COMPLEXIDADE DE UM PROCESSO EM MOVIMENTO

## 1.1 Breve Resgate das Origens do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e a Política de Saúde Mental

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início no final na década de 1970, promovido por movimentos sociais e com a participação de trabalhadores da Saúde Mental, a partir de denúncias acerca da precariedade da assistência psiquiátrica, do abandono e da degradante forma de atendimento ao indivíduo acometido de transtorno mental, no contexto de luta contra a ditadura militar. Os trabalhadores denunciavam a forma de trabalho precarizada à qual eram submetidos nas instituições, devido à falta de recursos e, conseqüentemente, a precariedade das condições de trabalho, que se refletia na forma de atendimento à população.

Segundo Vasconcelos (2010, p. 23), os objetivos principais e palavras de ordem no período foram:

Denúncias e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados [...]; denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados do então Inamps; denúncia e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos [...]; primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental [...].

De acordo com Amarante (1998), o processo da Reforma Psiquiátrica é compreendido como a formulação crítica e prática, com o objetivo e as estratégias de questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

O ponto de partida da reforma surge entre os anos de 1978 e 1980, com o objetivo de questionar o modelo vigente de segregação e asilamento. Segundo Amarante (1998), o movimento teve como estopim a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde. Os estagiários e profissionais da área de saúde passaram a trabalhar como bolsistas e em condições precárias em clima de ameaças e violência, tanto aos trabalhadores como aos pacientes. Em 1978, profissionais das quatro unidades da Dinsam, na cidade do Rio de Janeiro, deflagraram uma greve, que culminou na demissão de 260 estagiários e profissionais. Eram “frequentes as denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas” (AMARANTE, 1998, p. 52). Para o autor, a crise foi deflagrada:

[...] a partir da denúncia realizada por três médicos bolsistas do CPP II ao registrarem no livro de ocorrências do plantão do pronto-socorro as irregularidades da unidade hospitalar, trazendo ao público a trágica situação existente naquele hospital. [...] este ato acaba por mobilizar profissionais de outras unidades e recebe o apoio imediato do Movimento de Renovação Médica (Reme) e do Cebes. (AMARANTE, 1998, p. 52).

A partir dessas efervescências, tem início, no final da década de 1970, no Rio de Janeiro, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que nasce com o objetivo de se organizar como um espaço de luta não institucional; local de debate e encaminhamento de propostas e transformações da assistência psiquiátrica, com participação popular dos trabalhadores em saúde; dentre outros propósitos (AMARANTE, 1998). De acordo com o autor acima referido, o MTSM trouxe, na fase inicial, em uma das pautas: a regularização da situação trabalhista; crítica à cronificação do manicômio; e o uso de eletrochoque. O movimento reivindicava melhores condições de assistência à população e um serviço humanizado.

Amarante (1998) também cita como um dos marcos do MTSM a realização do I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, promovido pelo Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (Ibrapsi), na cidade do Rio de Janeiro, no período de 19 a 22 de outubro de 1978. Participaram, desse evento, importantes intelectuais, renomados internacionalmente, no âmbito das lutas em torno da Reforma Psiquiátrica, a exemplo de Franco Basaglia. Ressalta-se, ainda, nesse mesmo ano, o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em Camboriú/SC, conhecido como Congresso da Abertura, que:

[...] pela primeira vez, os movimentos em saúde mental participam de um encontro dos setores considerados conservadores, organizados em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria, estabelecendo uma 'frente ampla' a favor das mudanças, dando ao congresso um caráter de discussão e organização político-ideológica, não apenas das questões relativas à política de saúde mental, mas voltadas ainda para a crítica ao regime político nacional. (AMARANTE, 1998, p. 53-54).

Em 1979, foi realizado, em São Paulo, no Instituto Sedes Sapientiae, o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que colocou em pauta uma nova identidade profissional, começando a se organizar fora do Estado (VENANCIO, 1990 apud AMARANTE, 1998, p. 55). Uma questão importante, que surge nesse Congresso, “é a crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos, como reduto dos marginalizados” (AMARANTE, 1998, p. 55).

No mesmo ano, Basaglia novamente vem ao Brasil para ministrar uma conferência no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em Belo Horizonte/MG, que contou com a diretoria do MTSM. O estudioso trouxe forte influência do modelo Italiano de desinstitucionalização psiquiátrica e a crítica radical ao manicômio.

Na segunda metade da década de 1980, destacaram-se eventos importantes, na trajetória do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, ou o Congresso de Bauru/SP. Nesse congresso, surge a ideia de instituir o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, como evidenciado por Amarante (1998, p. 95):

No Congresso de Bauru, surge ainda a ideia de instituir o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, realizado anualmente e propicia a participação no movimento, não apenas neste dia, mas no processo como um todo, e, a partir de então, de psiquiatrizados, familiares, artistas, voluntários, intelectuais, enfim, de todos aqueles que compreendem o teor do movimento e desejam nele se engajar.

A partir do Congresso de Bauru, uma nova etapa repercute em muitos âmbitos, no modelo assistencial, na ação cultural e na ação jurídico-política. “No campo do modelo assistencial foi marcado pelo surgimento de novas modalidades de atenção, passando a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional” (AMARANTE, 1998, p. 82).

Em 1987, acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) como ampliação da 8ª CNSM. Foram trazidas algumas recomendações, como o combate à psiquiatrização do social e a democratização das instituições e unidades de saúde; a necessidade de participação da sociedade e a elaboração, no nível decisório, das políticas de saúde mental (AMARANTE, 1998).

Nesse contexto de crítica à realidade dos manicômios, do modelo hospitalocêntrico, e proposta de um novo modelo pautado na lógica do cuidado, no resgate da cidadania, entra em pauta a formulação do Projeto de Lei 3.657/1989, pelo então deputado Paulo Delgado, com a regulamentação dos direitos do doente mental, apontando para a substituição progressiva dos manicômios públicos e privados por recursos não manicomiais de atendimento (AMARANTE, 1998).

Após doze anos de tramitação no Congresso, a Lei Paulo Delgado entra em vigor (Lei 10.216/2001), e dá início à trajetória de desinstitucionalização (BRASIL, 2005). O Projeto de Lei torna-se um marco, do ponto de vista da construção de um modelo humanizado de atenção integral no cuidado a pessoas com transtorno mental, na busca do resgate da cidadania, da reinserção social e familiar. Dispõe sobre a garantia dos direitos das pessoas acometidas de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em Saúde Mental, conforme dispõe em seu Art. 2º, Parágrafo único (BRASIL, 2001):

São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

## **1.2 Desinstitucionalização e Desconstrução do Manicômio**

Conforme Vasconcelos (2010), a partir dos anos 1970, mais especificamente na Itália, consolida-se um projeto assistencial de disputas e desafiador, porém com experiências sólidas e bem-sucedidas, difundindo-se por todo o mundo como a proposta da desinstitucionalização. Constata-se que os hospitais psiquiátricos tradicionais eram definitivamente antiterapêuticos e a forma de substituir esse sistema tradicional passava pela mudança completa, na área da assistência, para um modelo de serviço aberto e comunitário, com proposta da reabilitação psicossocial, capaz de assistir aos pacientes desde a crise aguda até as necessidades mais amplas de caráter social.

De acordo com Amarante (1998), a trajetória da desinstitucionalização inicia-se na segunda metade dos anos 1980 e é inserida num contexto político de suma importância para a sociedade brasileira. É um período de marcantes acontecimentos, dentre eles, a já citada 8ª CNSM e a I CNSM, que representa, para a Saúde Mental, o fim da trajetória sanitária, com mudanças não só no sistema de saúde, mas, agora, com o objetivo de desconstruir a forma ainda arraigada de lidar com a loucura, tanto por parte das instituições como da sociedade (TENORIO, 2002 apud RIBEIRO, 2004).

Em 1990, com o objetivo de estabelecer reformas no papel dos hospitais psiquiátricos, é elaborada a Declaração de Caracas, como forma de reestruturar a atenção psiquiátrica, que

visava a garantir o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais (BRASIL, 1990). A Declaração de Caracas tornou-se o norteador, na política de Saúde Mental, por preconizar uma atenção de base comunitária, integral e contínua. A estratégia passa a ser adotada pela OMS e pela Opas. Sobre a Reestruturação de Atenção Psiquiátrica, em alguns de seus eixos, a Declaração de Caracas (1990) ressalta:

1. Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva;
2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede a consecução dos objetivos antes mencionados ao:
  - a) isolar o doente de seu meio, gerando dessa maneira maior incapacitação social,
  - b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo.

Logo depois, no ano de 1992, é realizada a II CNSM, em Brasília, com o tema central: A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil: Modelo Assistencial e Direito à Cidadania (PEREIRA, 2004, p.117 ). Fato importante que diferenciou esse evento, foi a participação significativa de usuários, na plenária. A partir de então, nova dinâmica é instaurada na organização dos eventos de Saúde Mental, em que os “depoimentos pessoais, as intervenções culturais e a defesa dos direitos transformaram as relações e as trocas entre todos os participantes” (BRASIL, 1994, p. 4).

O relatório final da II CNSM trouxe, em um de seus eixos, os marcos conceituais relativos ao modelo de atenção integral e direitos de cidadania (BRASIL, 1994). Com relação à cidadania, é importante reafirmar que: “Os usuários são sujeitos sociais, autores de sua história. Deve-se mudar a relação entre o Poder Público e o usuário, fomentando canais de participação para que os direitos dos usuários possam ser exercidos” (BRASIL, 1994, p. 10).

Já no que concerne à atenção integral, foi proposta, no relatório final, a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviço pautada na lógica do cuidado e da assistência:

A rede de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas [...]. (BRASIL,1994, p.7).

Segundo Vasconcelos (2010), nos anos entre 1992-1995, ocorreram mudanças significativas nas políticas de Saúde Mental no Brasil, fortalecendo a possibilidade da

desinstitucionalização psiquiátrica com a diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos privados e, principalmente, públicos, que não tinham as condições mínimas de atendimento e assistência, denominados, pelo referido autor, como “desospitalização saneadora”. Porém, mesmo com esses avanços, a qualidade do cuidado dos cerca de 60 mil leitos ainda existentes hoje não é garantida, visto que muitos hospitais conseguiram “maquiar” suas instalações e serviços. Todavia, nesse mesmo período do processo de desospitalização, são abertos, em todo o País, perto de 2 mil leitos psiquiátricos, em hospitais gerais, e uma média de 200 serviços de atenção psicossocial.

Na década de 1990, com o compromisso firmado pelo Brasil, por meio da Assinatura da Declaração de Caracas e, concomitantemente, a realização da II CNSM, passa a vigorar a implantação de serviços regulamentados de atenção diária, com as primeiras normas federais estabelecidas nas experiências dos primeiros CAPs, NAPs, Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Após 1992, com a aprovação da Lei Paulo Delgado, os movimentos sociais conseguem aprovar, em vários estados brasileiros, as primeiras leis que estabelecem uma rede integrada de atenção à Saúde Mental, como forma de promover a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos.

No contexto da edição da Lei 10.216/2001, e realização da III CNSM, a política de Saúde Mental, em conformidade com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a se fortalecer em uma base de consistente sustentação e visibilidade (BRASIL, 2005).

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que foi baseada na Lei federal 10.216/2001, compreende a desinstitucionalização não apenas como processo de desospitalização de moradores de hospitais psiquiátricos, mas a implementação de condições fundamentadas em cuidado comunitário contínuo e qualificado no atendimento a todos os que necessitam de atenção, tratamento, reabilitação e reinserção social. A vida comunitária envolve:

a) a montagem de redes amplas e diversificadas de base territorial; b) a construção na sociedade de uma nova sensibilidade cultural para a questão da loucura; c) a produção de conhecimento científico e de outros saberes oriundos da cultura relacionados à inovação do cuidado; d) a oferta de qualificação permanente para os operadores da mudança; e) a abertura e garantia de condições sustentáveis para a participação e protagonismo dos usuários e familiares, e f) o compromisso das esferas de gestão pública, diretamente ligadas ao tema, para conduzir e mediar os inevitáveis conflitos que se apresentam no projeto ético-político de construção de um lugar social para a loucura. (BRASIL, 2016, p. 2).

Para compreender a superação do modelo asilar e a importância do processo de desinstitucionalização em todos os níveis, o texto referido apresenta cinco dimensões de leitura, da qual três estão descritas a seguir. A primeira é denominada “o circuito de controle” e compreende que o manicômio é o lugar que ocupa um circuito de controle, envolvendo um conjunto de instituições que produzem e reproduzem um conjunto de regras impositivas e que sempre utiliza determinados níveis de força. Esse lugar é a porta de saída dos demais sistemas de normatização, como educação, saúde, justiça, assistência social, etc., assumindo a condição de responsável, por ser detentor do não normal.

A segunda dimensão é a “instituição aberta e instituição fechada”. Significa que o fechamento do manicômio equivale à abertura da instituição e uma instituição aberta é aquela que não tem, na normalização, o seu direcionamento. Não significa que as regras não existam, mas sim que são produzidas a partir da mediação baseada na participação e no protagonismo dos usuários.

Em terceiro lugar está o “exercício de poder”, em que as estruturas institucionais são organizadas em relações de poder cotidianamente. Isso acaba dificultando a relação de ambas as partes e produzindo alienação e incapacidade daqueles que se encontram em uma posição inferior do poder hierárquico. A não participação na escolha do tratamento adequado; o uso da excessiva medicação, ou o eletrochoque, promove alienação da autonomia dos usuários, pois não são informados de maneira clara sobre as consequências de tais procedimentos (BRASIL, 2016).

Segundo Giovanela (2012, p. 642), a desconstrução do manicômio com base na experiência iniciada por Franco Basaglia, é entendida não apenas como a desconstrução do hospital psiquiátrico em si, mas com conceitos e ideologias produzidas no âmbito do saber psiquiátrico, sobre o significado de doença mental:

[...] Quando nos referimos a desconstrução dos manicômios, falamos da desmontagem de toda a lógica institucional, política, jurídica, ideológica, social e cultural que se constitui em torno de um determinado conceito que no caso da psiquiatria e do manicômio [...]

Em pesquisa feita na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com o objetivo de identificar a percepção de profissionais que trabalhavam em um CAPs no Estado de Santa Catarina, acerca da desinstitucionalização, os estudantes perceberam, de acordo com a entrevista, que a maioria dos profissionais conhecia bem a proposta de desinstitucionalização,

mas a efetivação concreta, ou seja, conforme proposto pela Reforma Psiquiátrica, ainda estava na teoria, pois a prática cotidiana de atuação nas instituições analisadas ficavam distantes da proposta de desinstitucionalização.

A prática de institucionalização também foi observada pelos entrevistadores, pois os CAPs analisados ainda exerciam suas funções assemelhados aos antigos manicômios, embora este fosse um dos dispositivos criados justamente para desinstitucionalizar. Aparece, no relato de alguns dos profissionais, o desafio que é a desinstitucionalização (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2015).

Para Rotelli (2001, p. 29-30), a desinstitucionalização é entendida como um trabalho prático de transformação, menciona o “objeto da instituição” e argumenta:

Mas se o objeto ao invés de ser “a doença” torna-se “a existência – sofrimento dos pacientes” e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior.

De acordo com Amarante (1998, p. 49), desinstitucionalizar não se confunde com desospitalizar, na medida em que:

Desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomial. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo de práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos.

O processo de desinstitucionalização previsto na Reforma Psiquiátrica, que foi inspirado pelo modelo da psiquiatria italiana, baseado na prática de ressocialização e o cuidado, pautado na lógica da liberdade e humanização, é um desafio que envolve a desinstitucionalização do paradigma psiquiátrico, baseado na reconstrução da complexidade do objeto, desmontando o conceito de doença e retomando o contato com a existência e o sofrimento do indivíduo, não mais para curar, mas para produzir vida, sentidos, sociabilidade e espaços coletivos de existência (YASUI, 2006).

### **1.3 Implementação da Política de Saúde Mental no Âmbito do SUS**

O SUS foi criado a partir da CF/88, que é um marco na história da Saúde Pública, por definir saúde, em seu artigo 196, como direito de todos e dever do Estado:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

O SUS foi regulamentado pela Lei 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Nas disposições gerais, traz:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990).

No campo da história da saúde brasileira, tem-se, no projeto da Reforma Sanitária, na década de 1970, o trajeto de luta e mobilizações, para que o Estado atuasse em função da sociedade, baseado na democracia, universalização das ações, e em um modelo baseado nos princípios da integralidade, equidade e participação.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde reuniu diferentes setores da sociedade. Na plenária, participaram cerca de cinco mil pessoas, de diferentes setores da sociedade. Em torno de mil pessoas eram delegados, indicados por instituições e organizações da sociedade. Entre os temas principais propostos, estavam o dever do Estado e direito do cidadão no que tange à saúde; reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento do setor (PAIM, 2007).

Nesse contexto de lutas, surgem, também em 1978, mobilizações e lutas sociais pela qualidade dos serviços em saúde mental, conhecido como MTSM, que mantinha como principais objetivos e palavras de ordem:

- denúncias e mobilizações pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados, alguns foram identificados como verdadeiros campos de concentrações;
- denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados do então Inamps;
- denúncia e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, principalmente no Rio de Janeiro;
- primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, apesar de o movimento não ter ainda bem claro como deveriam ser organizados tais serviços. (VASCONCELOS, 2010, p. 23).

De acordo com Amarante (1998), o MTSM foi considerado, nessa trajetória do projeto da Reforma Psiquiátrica, como ator e sujeito político fundamental para o surgimento das propostas de reformulação do sistema assistencial e no pensamento crítico ao saber psiquiátrico.

Em 1980, no Rio de Janeiro, tem início o processo denominado de cogestão, entre o Ministério da Saúde e a Previdência, no compromisso de administrar os hospitais públicos, o que possibilita, às lideranças do MTSM, a implementação, nos hospitais públicos, de reforma e humanização (VASCONCELOS, 2010).

O movimento propõe alguns objetivos na plataforma política naquela conjuntura:

- a) não criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados, e redução onde possível e/ou necessário;
- b) regionalização das ações em saúde mental integrando setores internos dos hospitais psiquiátricos ou hospitais especiais com serviços ambulatoriais em áreas geográficas de referências;
- c) controle de internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados;
- d) expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental, compostas basicamente por psiquiatras, psicólogas e assistentes sociais e, às vezes, também por enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos;
- e) humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais, também com equipes multiprofissionais. (VASCONCELOS, 2010, p. 24-25).

Ainda na década de 1980, no contexto da luta antimanicomial, é construído, como estratégia do movimento, o Projeto de Lei Paulo Delgado (3.657/1989), com a proposta da extinção progressiva dos manicômios e a substituição por outros serviços de saúde mental. Surge, então, o primeiro instrumento de defesa dos pacientes na área de Saúde Mental.

Porém, somente depois de doze anos em tramitação no Congresso Nacional entra em vigor a Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial para psicossocial. Apesar de não ter incorporado algumas propostas da sua lei precursora, o documento abre caminhos para mudanças no campo do modelo assistencial e dos direitos humanos das pessoas em sofrimento mental (GIOVANELLA, 2012).

Em 1990, com a criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental (Corsam), antiga Dinsam, inicia-se um novo marco na produção normativa de Saúde Mental, que propunha a substituição progressiva do modelo asilar por uma rede de assistência diversificada. Foi então uma nova trajetória no campo da PNSM (SIMON, 2010).

A PNSM de 2001, apoiada na Lei 10.216/2001, tem o objetivo de organizar a assistência à pessoa com transtorno mental e redirecionar progressivamente a rede de serviços de Saúde Mental aberto e de base comunitária. Constitui-se de dispositivos imbricados na Rede de Atenção Psicossocial, essa que é instituída pela Portaria 3.088/2011, e que trabalha de forma

articulada e compartilha dos princípios do SUS (BRASIL, 2011). A RAPs é composta por serviços de atenção aos pacientes com transtorno mental tendo em um dos seus componentes o CAPs, tema que será tratado em item posterior.

Com a implantação progressiva do SUS, a partir da década de 1990, sob estímulo e condução do Ministério da Saúde, o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil passa a ser considerado como política oficial de governo (BRASIL, 2001).

De acordo com a Lei 10.216/2001, são de responsabilidade do Estado, no que diz respeito ao desenvolvimento de políticas de atenção psicossocial, a assistência e a promoção de ações de saúde, com participação da família e da sociedade (BRASIL, 2011).

As diretrizes do SUS propõem a implantação de uma rede diversificada de serviços para atender à comunidade, agindo de forma integrada, descentralizada e intersetorial. No âmbito do SUS, a RAPs atende aos pacientes que apresentam transtornos mentais.

A RAPs tem papel indispensável quanto ao cuidado, nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), com o propósito de: “criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do *crack*, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2015, p. 35).

#### **1.4 Saúde Mental: Avanços e Desafios no Âmbito do SUS**

O SUS, fruto do movimento de luta pela Reforma Sanitária brasileira, fundamenta-se na democratização do Estado e na universalização da política de saúde. Norteado por princípios básicos, como: Universalidade, Equidade e Integralidade, o SUS torna-se uma conquista das lutas e mobilizações que incluiu diversos setores da sociedade, articulados ao movimento da Reforma Sanitária. Assegurado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano de 1986, que trouxe em seu relatório final o conceito de saúde. Antes limitado à ausência de doença, a partir dessa conferência, o conceito de saúde ganha novo rumo. Foram discutidos temas como: saúde como direito; reformulação do Sistema de Saúde; e financiamento setorial. Sobre o tema Saúde como Direito, a saúde ganha um sentido mais amplo, e não somente como a ausência de doença, e é progressivamente substituído:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. E assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p. 04).

Portanto, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, liderada pelo médico sanitarista Sergio Arouca, foi um marco da reforma sanitária, desempenhando importante papel, que antecedeu a CF/88, com a ampliação do conceito de saúde. A CF/88, em seu artigo 196, portanto, define saúde como direito de todos e um dever do Estado, assim garantindo, por meio de políticas sociais e econômicas, com o propósito de reduzir o risco à saúde e de outros agravos, o acesso igualitário às ações e aos serviços, para sua promoção, proteção e recuperação (GOMES, 2013).

O SUS traz em seus princípios a universalidade na garantia do direito à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais, ou pessoais. A equidade, princípio que tem como objetivo diminuir desigualdades, reconhece que as pessoas não são iguais, por isso as necessidades são distintas. E, ainda, a integralidade é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais ou coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2003).

Porém, vale destacar que, a partir da década de 1990, o Brasil passa por um processo de desmonte do aparelho estatal, restringindo as políticas, que passaram a ser instituídas em consonância com a lógica do capital financeiro, logo, o processo de contrarreforma foi sendo conduzido por privatizações no setor público. O principal mecanismo de dominação do grande capital sobre os países periféricos é a utilização do fundo público, como forma de manter o capital de juros. Desde a crise de 1970, os países periféricos têm sido orientados a conduzir sua política econômica, não contemplando as políticas sociais, mas voltada ao capital de juros (ALVES; VELASQUE, s.d.).

No âmbito da saúde, com o enxugamento dos recursos do Estado, o setor privado vem atuando com planos e seguros de saúde em hospitais, clínicas e laboratórios.

Segundo Santos (2013), diante do discurso neoliberal incapaz de dar resposta satisfatória à economia do País no setor público, o Estado passa a atuar de forma minimalista e a privatização torna-se uma manobra para a mercantilização dos serviços públicos e, conseqüentemente, o rompimento do que está descrito e assegurado na CF/88.

De acordo com Bravo *et al.* (2008), no ano de 1995, no governo de FHC, foi encaminhada, ao Congresso Nacional, dentro do plano neoliberal, a proposta de que a função do Estado deveria ser de coordenar e financiar e não de executar as políticas públicas. Em 1997, a Medida Provisória 1.591 estabelece métodos para que o governo definisse entidades que, quando autorizadas, estariam aptas a ser “parceiras do Estado” na condução da “coisa pública” por meio de gerenciamento das Organizações Sociais (OSs), de iniciativa privada.

A Lei 9.637/1998<sup>6</sup>, que institui as OSs, define que a administração pública seja executada por entidade privada sem fins lucrativos, cujas atividades fossem dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, como está descrito em seu artigo 1º (BRASIL,1998). Essa lei trouxe o pressuposto de “estado mínimo”, de acordo com a proposta do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado:

[...] por meio da terceirização/privatização de serviços públicos até então produzidos pelo Estado da transferência de competências privadas da União, também para entes privados, que podem dispor de poupança, bens, patrimônio, créditos e servidores públicos para administrar seus próprios interesses e, ainda assim, serem declaradas como “entidades de interesse social e utilidade pública”, para todos os efeitos legais. (BRAVO et al., 2008, p. 27).

Diante desses retrocessos e o ataque da política neoliberal, o SUS, desde a sua implantação, encontra dificuldades para materializar seus princípios e normativas legais. Mesmo em governos identificados como “populares”, apesar de alguns avanços, o setor privado, em determinados momentos, permanece em relevância. É exemplo, a esse respeito, a alteração da Lei 8.080, com a aprovação da Lei 13.097/2015, no governo Dilma, que permite, a partir de então, a participação direta, ou indireta, do capital estrangeiro, na oferta de serviços na área de saúde, como descrito em seu artigo 23. No artigo 142, da Lei 13.097/2015, passam a vigorar as seguintes alterações:

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

I – doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;

II – pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e

b) ações e pesquisas de planejamento familiar;

III – serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e

IV – demais casos previstos em legislação específica. (NR)

[...]

Art. 53-A Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros. (BRASIL, 2015).

---

<sup>6</sup> Dispõe sobre a qualificação de entidades, como organizações sociais; a criação do Programa Nacional de Publicização; a extinção dos órgãos e entidades que menciona; e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. (BRASIL, 1998).

Atualmente, a população brasileira, em particular a classe trabalhadora, desde a posse de Michel Temer<sup>7</sup>, como Presidente da República, vem enfrentando a maior ofensiva da história brasileira em oposição ao conjunto de conquistas já alcançadas. Tal fato é evidenciado nas inúmeras medidas tomadas, dentre elas: a aprovação de teto dos gastos por 20 anos nas áreas da saúde e educação, com a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, objeto da PEC 241/55. Para alguns autores, essas medidas não compõem simplesmente um programa de ajustes, mas o chamado “austericídio” (SOARES, 2018).

Outro ponto dessa regressividade está na mudança da forma de financiamento do SUS, baseada na Portaria 3.992/2017<sup>8</sup>, que reduziu de seis para dois blocos o financiamento do SUS: um de custeio e o outro de investimentos. Dessa forma, viabiliza, aos gestores públicos, uma flexibilização para alocar os recursos no contexto de restrição orçamentária e financeira. “Essa medida não garante instrumentos adequados de monitoramento, inclusive de avaliação do Plano Nacional de Saúde” (SILVA; NÓBREGA; MATIAS, 2017).

Logo, a gestão do governo Temer dá sinal completamente contrário ao projeto da Reforma Sanitária, que se choca contra seus princípios básicos, como, por exemplo, da universalidade do acesso à saúde, em uma concepção ampla de saúde e não apenas na doença.

Segundo Vasconcelos (2010), as enormes dificuldades que se enfrenta, no Brasil, na luta pela Reforma Psiquiátrica e pela Reforma Sanitária, significam um verdadeiro desafio, com amplas dimensões:

O processo de universalização das políticas sociais em contexto periférico ou semiperiférico como, no Brasil, vem se dando em plena crise de política de bem-estar social no plano mundial, ou seja, sob a hegemonia e expansão de um longo ciclo histórico de políticas neoliberais, com desemprego estrutural, precarização das políticas sociais e públicas e de induzir a desassistência. (VASCONCELOS, (2010, p. 22).

Diante do exposto, fica evidenciado que, no campo da saúde, há disputa entre diferentes projetos; de um lado, o Movimento da Reforma Sanitária, com seu papel fundamental na conquista de direitos a partir dos princípios prescritos na CF/88; de outro, o mercado da lógica privatista, influenciado pela lógica neoliberal.

---

<sup>7</sup> Michel Temer vice-presidente da então presidente Dilma Rousseff. Assumiu definitivamente a Presidência da República em 31 de agosto de 2016 após o Senado Federal aprovar o processo de impeachment e afastar a presidente Dilma Rousseff do cargo. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/conheça-a-presidência>> Acesso em: 05/10/2018.

<sup>8</sup> Altera a Portaria de Consolidação 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2017).

O processo de fortalecimento do setor privado, em detrimento do público, toma novos contornos, em vários países. A partir de 2008, com a ascensão de medidas restritivas, marcada pela austeridade fiscal, que constitui, para alguns autores, a última manifestação do neoliberalismo, sua aplicação limita os avanços já alcançados com as políticas sociais de cunho universal, e pode retardar a retomada do crescimento das economias de alguns países (VIEIRA et al., 2018).

Estudo realizado pelo Centro de Estudos Estratégicos (CEE/Fiocruz), sob a direção de pesquisadores, como Joyce Sharamm, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), traz a análise da relação “crise-austeridade” e aponta o impacto restritivo na área da saúde. A pesquisa compreende o período de 2006-2017 e abrange artigos que trazem publicações de países, em sua maioria, do Hemisfério Norte, inclusive os Estados Unidos da América, a Austrália, bem como da Europa, e algumas referências do Japão e Coreia.

Verificou-se que as políticas econômicas que elegeram a austeridade fiscal como forma de enfrentamento da crise geraram maior impacto negativo sobre os sistemas de serviços de saúde. Sharamm, nos artigos analisados em sua pesquisa, verificou as consequências dos impactos causados pela austeridade fiscal sobre transtornos mentais, como: aumento da ansiedade, depressão e risco de suicídio. Esses fatores tinham relação com a crise e austeridade (BARDANACHVILI, 2018).

O Quadro 3 retrata as consequências da crise econômica e da austeridade fiscal no mundo, segundo Santos e Vieira (2018).

**Quadro 3** – Consequências da crise econômica e da austeridade fiscal no mundo

<b>Medidas</b>	<b>Consequências</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de reformas estruturais para reduzir os gastos do Estado com a oferta de bens e serviços públicos à população</li> <li>• Cortes do gasto do governo com pessoal</li> <li>• Redução do gasto do governo com proteção social e gastos sociais em geral, com redução dos orçamentos da saúde</li> <li>• Fechamento de serviços de saúde, redução de horas de funcionamento e da força de trabalho</li> <li>• Instituição e/ou aumento do Co pagamento pelo uso de serviços de saúde e estabelecimento de taxas adicionais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento do desemprego</li> <li>• Aumento da pobreza e da desigualdade social</li> <li>• Agravamento dos problemas sociais, com aumento da violência</li> <li>• Restrição do direito à saúde para determinados grupos populacionais, como imigrantes, moradores de rua, usuários de drogas</li> <li>• Aumento da dificuldade de ter acesso aos serviços de saúde por barreiras econômicas</li> <li>• Aumento da prevalência de depressão e ansiedade</li> <li>• Piora da saúde mental, com aumento das taxas de suicídio, sobretudo entre menores de 65 anos</li> <li>• Redução na autoavaliação do estado de saúde como bom</li> <li>• Aumento de doenças crônicas não transmissíveis e de algumas doenças infectocontagiosas</li> </ul>

Medidas	Consequências
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento do consumo de bebidas alcóolicas em grupos de alto risco, constituídos por pessoas que já consomem álcool rotineiramente e desempregados</li> <li>• Abuso de álcool em subgrupos sociais mais vulneráveis, estando entre os fatores de risco a perda do emprego e o desemprego de longa duração, além de suscetibilidades preexistentes, como doenças mentais</li> </ul>

Fonte: Santos e Vieira ( 2018).

Segundo Bardanachvili (2018), no Brasil, a Emenda Constitucional 95/2016, que determina o congelamento das despesas primárias por 20 anos, ocasiona uma situação ainda mais grave do que a registrada em países desenvolvidos, que possuem sistemas de saúde com melhor estrutura.

Para Vieira et al. (2018), a consequência da austeridade reflete-se na condição de vida dos indivíduos, logo, conclui-se que, com a crise, aumentam as desigualdades sociais e agrava-se a situação de saúde das populações.

Com o desemprego, o impacto pode ser significativo, na contratação de planos privados no País. Houve uma redução de 5% nos contratos, entre junho de 2015 e junho de 2017; isso equivale a 2,6 milhões no número total de beneficiários. Esse pode ser o número aproximado de pessoas que passam a depender exclusivamente do SUS, em relação à assistência à saúde, e passam a aumentar a demanda em curto prazo. (VIEIRA et al., 2018).

As abordagens antes mencionadas mostram que o fator econômico pode interferir e gerar efeitos negativos, ou positivos, na saúde da população. Diante desse fato, o processo saúde-doença é estabelecido na relação do coletivo e do indivíduo, considerando que o coletivo determina as características básicas quando se trata da variação biológica individual, logo, dentro da relação do processo social, há uma probabilidade de adoecimento que afeta e determina os transtornos biológicos:

O estudo do processo saúde-doença do coletivo ressalta a compreensão do problema da causalidade, visto que o modo biológico de viver em sociedade determina os transtornos biológicos característicos, a doença, que não surge separada deste, mas ambos ocorrem como momentos de um mesmo processo, todavia, diferenciáveis. (ROCHA; DAVID, 2015, p. 131).

De acordo com Carvalho e Buss (2008, p. 151), a promoção da saúde depende de um conjunto de fatores:

[...] o adoecimento e a vida saudável não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos, mas são influenciados pelas relações sociais e econômicas que engendram formas de acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, renda, lazer, e ambiente adequado, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida.

Ainda segundo os autores referidos, entender a determinação do processo saúde-doença requer a compreensão de diferentes dimensões da vida em sociedade na sua totalidade.

Enfrentar as causas das causas, as determinações econômicas e sociais mais gerais dos processos saúde-enfermidade, envolve, portanto, ações não apenas no sistema de saúde, mas sim mudanças nos modelos assistenciais e ampliação da autonomia dos sujeitos, bem como intervenções nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais por meio de políticas públicas intersetoriais. (CARVALHO; BUSS, 2008, p. 160).

Apesar da importância reconhecida pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, há o risco de “culpabilização” dos indivíduos, ao usar o termo de “fatores determinantes” como conceito explicativo da saúde. O modelo que vem sendo constituído por diferentes pesquisadores, a exemplo de Dahlgren e Whitehead, no qual se buscou ampliar o olhar sobre os determinantes que indicam ser, a condição de saúde-doença dos indivíduos, influenciada pelo contexto social, entretanto, não conseguiu correlacionar o que é individual com o que é coletivo, ou seja, é necessário observar o modo de organização da sociedade, sobretudo na sociedade capitalista, que é baseada na distribuição desigual de recursos, segundo Albuquerque e Silva (2014, p. 960):

Em sociedades de classes, as relações que se estabelecem entre as classes determinam diferentes possibilidades e restrições ao desenvolvimento da vida e, conseqüentemente, diferentes formas ou possibilidades de viver, adoecer e morrer.

Portanto, é necessário reduzir as iniquidades sociais; reduzir a exposição a fatores de risco; reduzir a vulnerabilidade biológica e a social de determinados grupos (CEBALLOS, 2015).

## **2 CAPS COMO DISPOSITIVO DE REDIRECIONAMENTO DO MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE MENTAL**

### **2.1 CAPs como Dispositivo do Modelo de Atenção**

Para aprofundar a discussão sobre o CAPs como dispositivo de modelo antimanicomial e os desafios em tempos de medidas de austeridade e desmonte do SUS, serão mencionadas, primeiramente, as normativas governamentais do CAPs no âmbito da PNSM, bem como o modo de funcionamento desse serviço de Saúde Mental. Em seguida, serão analisados as possibilidades e os desafios desse dispositivo na conjuntura atual, a partir da revisão de literatura sobre a temática.

Com a aprovação da Lei 10.216/2001, que redireciona a assistência em Saúde Mental, a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental, para oferecer tratamentos com serviço comunitário e aberto, surgem então dispositivos de atenção, como o CAPs. Constituído por uma equipe multiprofissional, o CAPs é um serviço que surge com o compromisso progressivo de ser um modelo de assistência, substitutivo aos hospitais psiquiátricos. Esse é um espaço que tem como principal característica a busca da integração do paciente nos ambientes social e cultural (BRASIL, 2001).

Vale ressaltar que reformular a instituição do cuidado em Saúde Mental depende de uma reconceituação do que se entende por doença mental, pois não se trata simplesmente de uma questão de sintomas, mas de existência. É importante considerar tudo o que diz respeito à sua existência, seja por questões objetivas, como trabalho e moradia, como também a dimensão subjetiva, como as relações interpessoais e a vivência particular /pessoal. Dessa forma, o processo de tratamento passa a ser focado na pessoa, deslocando-se da doença propriamente dita (TENÓRIO, 2002).

Com o objetivo de oferecer atendimento à população dentro de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social das pessoas com transtorno mental por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, o CAPs surge como estratégia pautada no cuidado e na atenção à pessoa com transtorno mental (BRASIL, 2004).

O primeiro CAPs, no Brasil, foi instalado na cidade de São Paulo, em março de 1987, e denominado Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira. A criação de dispositivos, como o CAPs, fez parte da luta por movimentos sociais que buscavam a melhoria de assistência no Brasil e o rompimento com a lógica dos hospitais psiquiátricos e a segregação. Nessa lógica, afirma-se que:

Os CAPs são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPs constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2004, p. 9).

Os serviços substitutivos, como o CAPs, NAPs e os Centros de Referência em Saúde Mental (Cersams), dentre outros, são regulamentados pela Portaria GM 336, de 19 de fevereiro de 2002, cujo objetivo é:

[...] dar um atendimento diurno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. (BRASIL, 2004, p. 12).

No âmbito do CAPs o cuidado é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPs (BRASIL, 2011),.

Há diferentes tipos de CAPs, que se distinguem por estrutura física, profissionais, especificidades das demandas, ou seja, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas, dentre outros. Entre a saúde coletiva e a saúde mental, é um instrumental metodológico para avaliação da rede de Caps do SUS (Brasil, 2004).

As diferentes modalidades de CAPs estão apresentadas no Quadro 4.

**Quadro 4 – Modalidades de CAPs**

CAPs I	CAPs II	CAPs III	CAPs AD	CAPs AD III	CAPs i
Atende a pessoas com sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais graves e persistentes, também com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> e álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 15.000 habitantes	Atende a pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender a pessoas com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes	Atende a pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e fins de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPs AD. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes	Atende a adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes	Atende a adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviços com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e fins de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes	Atende a crianças e adolescentes com prioridade para sofrimento e transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes

Fonte: Brasil (2015).

Os espaços dos CAPs destinam-se aos cuidados e apoio a pessoas em sofrimento; do mesmo modo, é um espaço social que visa a produzir projetos de vida, exercício de direitos, e ampliação do poder de contratualidade social. Desse modo, consideram-se, em particular, o espaço dos CAPs (BRASIL, 2015, p. 24) como:

- a afirmação da perspectiva de serviços de portas abertas, no sentido literal e simbólico: espaços e relações de “portas abertas”;
- a disponibilidade e o desenvolvimento de acolhimento, cuidado, apoio e suporte;
- a configuração de um serviço substitutivo, territorial, aberto e comunitário;
- espaços que expressem o “cuidar em liberdade” e a afirmação do lugar social das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e da garantia de seus direitos;

- a atenção contínua 24 horas compreendida na perspectiva de hospitalidade;
- a permeabilidade entre “espaço do serviço” e os territórios, no sentido de produzir serviços de referência nos territórios.

O número de CAPs habilitados no Brasil, por tipo, entre dezembro de 2006 e dezembro de 2014, está apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1** – Quantidade de CAPs habilitados no Brasil, por tipo (dez. 2006 a dez. 2014)

Ano	CAPs I	CAPs II	CAPs III	CAPs i	CAPs AD	CAPs AD III	Total
2006	437	322	38	75	138	-	1.010
2007	526	346	39	84	160	-	1.155
2008	618	382	39	101	186	-	1.326
2009	686	400	46	112	223	-	1.467
2010	761	418	55	128	258	-	1.620
2011	822	431	63	149	272	5	1.742
2012	907	464	72	174	293	27	1.937
2013	978	471	78	187	301	47	2.062
2014	1.069	476	85	201	309	69	2.209

Fonte: Brasil (2015). Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/Dapes/SAS/MS. Sistematização dos Estabelecimentos Habilitados por meio de portaria específica.

O CAPs deve ter ambiente terapêutico e acolhedor, a fim de atender às pessoas em situação de crise. Esse acolhimento é essencial para o cumprimento dos objetivos do CAPs, que é atender aos que apresentam transtornos psíquicos graves e evitar as internações (BRASIL, 2004). Dentre as atividades terapêuticas propostas pelo CAPs, estão a psicoterapia individual ou em grupo; oficinas terapêuticas; atividades comunitárias; atividades artísticas; orientação e acompanhamento do uso de medicação; atendimento domiciliar e aos familiares (BRASIL, 2004).

## 2.2 Espaço Interno do CAPs

As unidades devem contar com um espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica. Deverão possuir, no mínimo, os seguintes recursos físicos (BRASIL, 2004, p. 14):

- consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias);
- salas para atividades grupais;
- espaço de convivência;
- oficinas;
- refeitório (deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade);
- sanitários;
- área externa para oficinas, recreação e esportes.

O atendimento é feito durante o dia e o paciente do serviço volta para casa todos os dias.

As pessoas atendidas nos CAPs podem ter vivenciado:

uma longa história de internações psiquiátricas, pode nunca ter sido internados, ou podem ter sido atendidos em outros serviços de saúde (ambulatório, hospital-dia, consultórios, etc.) O importante é que essas pessoas saibam que podem ser atendidas e saibam o que são e o que fazem os Caps. (BRASIL, 2004, p. 15).

## 2.3 Equipe do CAPs

A equipe de profissionais que trabalham no CAPs possui diversas formações, incluindo técnicos de nível superior e de nível médio. Os profissionais de nível superior são os enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física, ou outros necessários para as atividades oferecidas na unidade (BRASIL, 2004).

Cada CAPs tem sua característica própria, quanto aos tipos e à quantidade de profissionais. A equipe mínima é apresentada no Quadro 5.

**Quadro 5** - Tipos de profissionais que trabalham nos CAPs – Equipes mínimas

<p>CAPs I</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental</li> <li>• 1 enfermeiro</li> <li>• 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico</li> <li>• 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão</li> </ul>
<p>CAPs II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 médico psiquiatra</li> <li>• 1 enfermeiro com formação em saúde mental</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física, ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico</li> <li>• 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão</li> </ul>
<p>CAPs III</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 médicos psiquiatras</li> <li>• 1 enfermeiro com formação em saúde mental</li> <li>• 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, ou outro profissional necessário, de nível superior</li> <li>• 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão</li> </ul>
<p>CAPs i</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 médico psiquiatra, ou neurologista, ou pediatra com formação em saúde mental</li> <li>• 1 enfermeiro</li> <li>• 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro,</li> <li>• terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico</li> <li>• 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão</li> </ul>
<p>CAPs AD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 médico psiquiatra</li> <li>• 1 enfermeiro com formação em saúde mental</li> <li>• 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas</li> <li>• 4 profissionais de nível superior, entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo, ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico</li> <li>• 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão</li> </ul>

Fonte: Brasil (2004).

No CAPs AD III, a equipe mínima é constituída conforme Quadro 6.

**Quadro 6 – Constituição de equipe mínima no CAPs AD III**

<p>CAPs AD III</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 médico clínico</li> <li>• 1 médico psiquiatra</li> <li>• 1 enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental</li> <li>• 5 profissionais de nível universitário como: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico</li> <li>• 4 técnicos de enfermagem</li> <li>• 4 profissionais de nível médio; 1 profissional de nível médio para realizar atividades de natureza administrativa</li> </ul>
--

Fonte: Brasil (2013).

O CAPs é um “lugar de referência e de cuidado, promotor da vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares” (BRASIL, 2015, p. 9).

## 2.4 CAPs na Rede de Atenção Psicossocial

A RAPs é parte integrante do SUS e composta por serviços como: Centros de Atenção Psicossocial; Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Centros de Convivência e Cultura; Unidades de Acolhimento (UAs); e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPs III). Foi instituída pela Portaria GM/MS 3.088/2011 (BRASIL, 2011).

Dentre as principais diretrizes, como prescrito no artigo 2º da Portaria 3.088/2011, destacam-se:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (BRASIL, 2011).

Os CAPs têm papel estratégico na articulação das RAPs, tanto de forma direta, no que diz respeito à atenção à promoção da vida comunitária e da autonomia do usuário, bem como na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as Equipes de Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). (BRASIL, 2013).

## 3 PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DISPOSITIVO ESTRATÉGICO NO PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

### 3.1 Nova Proposta Assistencial em Saúde Mental: Estudos Avaliativos do CAPs

A revisão da produção científica acerca do CAPs como dispositivo estratégico no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira evidenciou a relevância desses espaços para a concepção de uma nova forma de intervir no âmbito do sofrimento mental dos indivíduos.

Especificamente nos estudos de Ribeiro (2004), Botelho e Lima (2015) e Amarante (1995), a análise recai na crítica ao modelo das instituições psiquiátricas de “cuidado” manicomial pautado no isolamento. Em contraposição ao sentido manicomial, os autores supracitados reforçam a criação de uma RAPs substitutiva ao modelo asilar por outros recursos assistenciais, como os Hospitais-Dia, NAPs/CAPs, dentre outros.

O artigo de Ribeiro (2004) traz a criação do CAPs Espaço Vivo, na cidade de Botucatu/SP. O estudo mostra o processo de transformação na forma de atendimento, a partir da década de 1990, em um Hospital Psiquiátrico denominado Hospital Professor Cantídio de Moura Campos (público-estadual). A partir do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, inicia-se a mudança do ponto de vista da assistência prestada aos pacientes do hospital referido.

Uma das primeiras mudanças ocorre na formação da equipe multiprofissional, até então inexistente. O objetivo, com a criação dessa equipe e de programas de atendimento específico, era evitar as reinternações que aconteciam com frequência e criar a articulação com serviços extra-hospitalares baseados no respeito à subjetividade e à liberdade do paciente. Outro objetivo era a participação e o envolvimento da família no tratamento e a possibilidade de reinserção social dos pacientes. O resultado, com o passar do tempo, foi a melhora no atendimento prestado, a diminuição das internações e da duração da estadia nos hospitais.

Na avaliação de Ribeiro (2004), o processo de transformação do modo de atuar dos profissionais e o atendimento aos pacientes com transtorno mental, com a criação do CAPs Espaço Vida, levaram a um bom resultado. Dessa forma, conclui-se que:

[...] construir um serviço de atendimento intensivo fora da área do hospital, com um trabalho em equipe e com respeito profundo pela subjetividade e singularidade dos usuários e funcionários. Tais ingredientes transformaram o CAPs num Espaço Vivo, pois só a vida pulsando, criando, transformando, pode levar à saúde mental e trazer a alegria, a liberdade, enfim, a vida, em sentido pleno, aos portadores de sofrimento psíquico grave e aos trabalhadores da saúde mental. (RIBEIRO, 2004, p. 98).

Os textos de Brasil (2011; 2004) reforçam esses argumentos, na medida em que trazem reflexões nessa mesma direção, uma vez que discutem a implantação de serviços em Saúde Mental como o CAPs. Os artigos supracitados descrevem o CAPs como um modelo que vem se mostrando efetivo, a partir da Reforma Psiquiátrica, na substituição do modelo hospitalocêntrico, por evitar as internações e favorecer o exercício da cidadania.

De acordo com Botelho e Lima (2015, p. 163), a proposta da Reforma Psiquiátrica no Brasil assegurou o modelo assistencial de serviços de bases comunitárias, com a criação de

serviços substitutivos que possibilitam a desospitalização. Dentre eles, estão os CAPs, instituições cujo objetivo é substituir os hospitais psiquiátricos e oferecer um atendimento humanizado com uma “conduta ética de respeito ao outro, entendido como um sujeito em sua individualidade e complexidade de existência, e um cidadão em sua integralidade e não apenas como um consumidor de serviços de saúde”.

Amarante (1995) aponta para o debate sobre o processo da Reforma Psiquiátrica e o surgimento do Projeto de Lei Paulo Delgado, com a proposta progressiva do rompimento do modelo psiquiátrico clássico pela substituição por serviços assistenciais de cuidado. Segundo o autor, o conceito de desinstitucionalização não significa apenas a desospitalização, ou seja, não é simplesmente fechar os hospitais psiquiátricos e deixar as pessoas a mercê da sorte, abandonadas, mas o processo de desinstitucionalização requer tratar o sujeito em sua existência, na relação com suas condições de vida, criando possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. A desinstitucionalização, portanto, é um processo:

[...] não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativeiro. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social. (AMARANTE, 1995, p. 494).

Dialogando com o tema da desinstitucionalização, Martinhago e Oliveira (2015) e Sadigursby e Tavares (1998) trouxeram algumas considerações acerca da visão dos profissionais que atuam em alguns CAPs. De acordo com Martinhago e Oliveira (2015), desinstitucionalizar não se refere apenas aos sujeitos hospitalizados, mas a diferentes atores; isso inclui profissionais e familiares. Tratam de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório que tinha o objetivo de analisar a percepção dos profissionais quanto à proposta de desinstitucionalização baseada na PNSM.

No resultado da pesquisa, que se deu por meio de questionário aberto e entrevistas semiestruturadas, observaram que a compreensão da maioria dos profissionais, que atuavam em doze CAPs II distribuídos em diferentes municípios do Estado de Santa Catarina, sobre a desinstitucionalização, estava em concordância com a proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira, mas encontravam dificuldade de aplicá-la na prática cotidiana dos CAPs.

Já para alguns profissionais, havia uma compreensão equivocada acerca da desinstitucionalização, termo confundido com desospitalização, ou seja, apenas a retirada dos sujeitos internados. Portanto, equívocos como o de desospitalização traz o risco de abandono do tratamento, quando o paciente recebe alta dos hospitais, uma vez que não se estabelece uma rede de cuidados para o sujeito que estava internado. (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2015).

A saber, a proposta de desinstitucionalização, segundo Martinhago e Oliveira (2015, p. 1.277), que faz referência a Basaglia, estaria “na desconstrução do paradigma problema-solução que se traduz no campo da psiquiatria, na utilização de diagnóstico como elemento definidor do sujeito”. Os autores trazem a citação de Basaglia, da relação causa-efeito, ao tratarem da constituição da loucura. nesse caso, a proposta de colocar a doença entre parênteses, de modo a olhar para o sujeito com o cuidado de entender tudo o que se construiu em virtude da doença, dando-lhe condições de subjetividade, para a expressão de seus desejos, projetos, sua história, ou seja, a doença deixa de ser o foco principal, para olhar o sujeito que está em sofrimento.

Sadigursky e Tavares (1998) divulgam, no artigo com o tema Algumas Considerações sobre o Processo de Desinstitucionalização, a avaliação do ponto de vista de resultados obtidos, tanto da vivência ainda estudantes, iniciada nos anos 1970, como na prática da docência/supervisora de alunos em campo de estágio da disciplina de enfermagem de Saúde Mental e psiquiatria, na cidade de Salvador/BA. De acordo com os autores, ainda há dificuldade de se reverter a concepção e o estigma da loucura, na sociedade, e a consolidação de uma infraestrutura necessária para pessoas em tratamento da Saúde Mental, que rompa com a lógica de prática de exclusão social como “sequestro de cidadania e violência institucional”.

Segundo o relato de Sadigursky e Tavares (1998), ainda há hospitais com estruturas obsoletas; aglomeração de pacientes por unidades; taxa alta de permanência hospitalar; muitas reinternações e pouca resolutividade. Um dos processos para que a luta antimanicomial seja bem-sucedida, defendem os autores, é atuar com um movimento que modifique as práticas e a cultura psiquiátrica. A reversão do atual modelo só será efetivada a partir de uma decisão política, envolvendo: pacientes, familiares, trabalhadores em Saúde Mental e a sociedade em geral, e se a desinstitucionalização não for compreendida em todos os ângulos, será transformada em uma ação simplesmente paliativa, desobrigando o Estado da responsabilização para com a saúde coletiva.

Os autores concluem que deve ser intrínseco ao processo de desinstitucionalização, o estabelecimento de meios que melhorem de fato as condições básicas de vida do paciente e da

família “[...] além de que é preciso mudar a maneira de entender a loucura nos mais diversos segmentos sociais e a ideia ainda de poder tratar o louco apenas em confinamento/hospitais psiquiátricos” (SADIGURSKY; TAVARES, 1998, p. 26).

Dessa maneira, a não observância do tratamento de cuidado e atenção aos pacientes com transtorno mental remete ao passado, quando as pessoas eram simplesmente isoladas da sociedade, e remete a pensar apenas que era necessário proteger a sociedade do “diferente” e não manter o cuidado para com a pessoa com sofrimento mental. A principal mudança está em “considerar a pessoa com diagnóstico de sofrimento mental como verdadeiro sujeito de direito e não como objeto de intervenção do laboratório psiquiátrico-forense” (DEL’OLMO; CERVI, 2017, p. 212).

Para Del’Olmo e Cervi (2017), os desafios para a efetividade da proposta da Reforma Psiquiátrica direcionada às pessoas com transtornos mentais, estão no comprometimento do Estado e dos municípios em oferecer tratamentos que atendam aos interesses da pessoa a que se destina a assistência, de modo que a internação se constitua em última medida. A família também tem papel fundamental, nessa relação do cuidado, pois o envolvimento dos seus membros reforça as chances de êxito no tratamento.

A Reforma Psiquiátrica brasileira é compreendida como um conjunto de transformações do modelo de atenção e gestão no cotidiano das instituições dos serviços e das relações interpessoais (BRASIL, 2005). Um fator importante para a Reforma Psiquiátrica está contido na Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas em Saúde Mental, propondo a redução sistemática dos leitos psiquiátricos. A partir dos anos 1990, vem acontecendo, no País, a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, em um processo que ganhou grande impulso, em 2002, com normatizações do Ministério da Saúde, que passou a instituir mecanismos eficazes nesse sentido.

Em conformidade com esse estudo, novos modelos de atenção passam a surgir, a partir de 2002, a exemplo do CAPs AD:

Os CAPs AD desenvolvem uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. (BRASIL, 2004, p. 24).

Entre os anos de 2003 e 2006, são extintos 11.826 leitos, com mecanismos para a redução gradual e planejada no País, como: o Programa Nacional de Avaliação do Sistema

Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), instituído em 2002; e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), numa “estratégia de redução progressiva e pactuada de leitos a partir de macro hospitais, instituída em 2004” (BRASIL, 2007, p. 25).

Nos artigos analisados, está evidenciado, com predominância, que o processo da Reforma Psiquiátrica permitiu o avanço significativo no atendimento a pacientes em saúde mental, sobretudo com a criação de dispositivos como o CAPs, tema proposto nesta pesquisa. Mas ainda há o desafio, para alguns profissionais, do processo da desinstitucionalização, como proposto pela Reforma Psiquiátrica.

### **3.2 Acolhimento como Estratégia de Mudança no Âmbito do Cuidado em Saúde Mental**

A revisão da literatura sobre a temática evidenciou também a perspectiva dos profissionais de saúde sobre o CAPs no âmbito da Reforma Psiquiátrica e do SUS, com ênfase no acolhimento aos usuários.

Especialmente Ballarim *et al.* (2011), trazem a análise da percepção de profissionais que atuam em um CAPs tipo III, no Município de Campinas/SP, acerca do acolhimento e cuidado prestado aos usuários. O artigo tem como objetivo mostrar a passagem da assistência em um modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção extra-hospitalar, que tem propiciado a implementação de serviços constituídos por novas formas de pensar, tratar e cuidar de pessoas em sofrimento psíquico. O serviço conta com uma equipe técnica de profissionais, como psiquiatria, enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, etc. A dinâmica de atendimento é feita a partir da triagem, conduzida com base em entrevista semiestruturada. De acordo com os profissionais que foram entrevistados, na triagem, o usuário é “escutado e acolhido”.

Para Ballarin *et al.* (2011), o acolhimento é uma das relevantes diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS; é o reconhecimento dos sujeitos envolvidos como dotados de interesses, desejos e direitos. Na análise de Ballarin *et al.* (2011), de acordo com a fala dos profissionais entrevistados, o simples ato de acolher pode promover mudanças, na medida em que esse ato passa a compor uma estratégia de intervenção democrática no comprometimento com a criação de sujeitos autônomos na liberdade para gerir sua própria saúde.

De igual modo, Botelho e Lima (2015) abordam, em seu texto, o rompimento da lógica do enclausuramento do “outro”, que era considerado perigoso para a sociedade; e ficava à mercê de decisões dos tribunais com julgamentos e decisões sobre seu comportamento. De acordo com Botelho e Lima (2015), a Reforma Psiquiátrica no Brasil redirecionou o modelo assistencial para serviços de bases comunitárias possibilitando a desospitalização.

Segundo o parecer de uma estudante de psicologia, como traz o relato do artigo em questão, pacientes de um CAPS II, na cidade de Vitória da Conquista/BA, que participavam de um evento de confraternização na instituição local, demonstravam muita satisfação por estarem em um ambiente que tinha como objetivo a integração e o desenvolvimento social dos usuários. O acesso e a socialização entre todas as pessoas que participavam desse evento eram não somente livres, mas estimuladores, do ponto de vista da capacidade de fazer amizade e desenvolver apoio mútuo.

O espaço dispensado aos usuários, nesse evento, refletia um clima de acolhimento e equidade. Para Botelho e Lima (2015), a doença existe quando se perde a liberdade de ser. O modo de acolher e cuidar de uma pessoa em sofrimento mental, como foi visto no momento de confraternização, trouxe aspectos positivos e foi avaliado como exemplo na análise da pesquisadora/estudante, a partir do momento em que passa a olhar o outro como o “mesmo”, pois, na medida em que a instituição passa a oferecer não somente acompanhamento clínico, mas promove um espaço que possibilita a reinserção social, esse passa a ser um local de valorização social, que permite e garante meios ao indivíduo de desenvolver suas potencialidades, atuando em liberdade, dignidade e respeito, como proposto pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Desse modo, autores como Botelho e Lima (2015) e Amarante (1995) indicam que serviços substitutivos, a partir da Reforma Psiquiátrica, na forma de acolhimento e reinserção social, é um novo olhar, agora considerando a subjetividade, autonomia e cidadania, dando início ao processo de desinstitucionalização.

Além dos artigos identificados na revisão da literatura e especificados no Quadro 2, outros estudos, a exemplo de Brasil (2005; 2001) e Mendes (2014), complementam essa reflexão, na medida em que analisam diferentes estratégias de intervenção para constituir mudança no âmbito do cuidado em Saúde Mental. Assim, apontam que o acolhimento significa uma aproximação, uma atitude de inclusão. Segundo Mendes (2014), o acolhimento e a escuta são ferramentas essenciais, no trabalho em Saúde Mental, na medida em que é dada voz ao

sofrimento do outro, orientando e auxiliando na busca da resolução do problema, uma vez que os profissionais do CAPs procuram entender primeiramente quais as reais necessidades do paciente, por meio do discurso que emerge livremente do próprio usuário do sistema.

De acordo com o autor referido, ao escutar a avaliação que os usuários têm de sua própria situação, essa atitude passa a ser uma maneira de o profissional mostrar respeito e apoio à construção de autonomia e, dessa maneira, a avaliação de risco e vulnerabilidade deve ocorrer, de preferência, por meio do diálogo, contribuindo para o autocuidado (MENDES, 2014). A autonomia mediada entre profissionais e sujeitos significa construir novas habilidades e identidades para a vida em sociedade, na medida em que o CAPs passa a ser um serviço que trabalha com acompanhamentos de projetos terapêuticos individuais, por exemplo, com propostas e atividades durante a permanência do paciente; segundo suas necessidades, esse passa a ser um serviço onde é criado espaço para a participação e o reconhecimento de sua atuação enquanto sujeito e cidadão.

Dessa forma, o CAPs distingue-se do modelo hospitalocêntrico, por ser tratar de um espaço de tratamento e inclusão de pessoas com transtorno mental, tendo a premissa da participação ativa do usuário em seu próprio tratamento, tornando-o protagonista e sujeito de sua própria vida (MENDES, 2014)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa objetivou contextualizar o CAPs, um dos dispositivos estratégicos da Reforma Psiquiátrica brasileira, bem como os respectivos acontecimentos, como propostas de ação para um novo modelo de assistência e atenção, com o propósito de substituir progressivamente os manicômios. Para tanto, com base na revisão da produção científica e análise documental sobre a temática, foi traçado um breve resgate do processo da Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos na criação da estratégia de atendimento em Saúde Mental, com ênfase no CAPs.

Foi possível perceber que o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciado com a participação dos trabalhadores em Saúde Mental e a sociedade civil, abriu espaço para o rompimento do paradigma da lógica manicomial e para o surgimento de modelos de atenção pautados na humanização e no cuidado a pacientes com transtorno mental prestados nas redes de cuidado, através das RAPs, dentre eles, o CAPs, dispositivo estudado neste trabalho.

Na pesquisa realizada, foram destacadas as diferentes modalidades do CAPs e a integralização à RAPs, parte do SUS. A RAPs é uma rede de saúde mental que trabalha de forma articulada em diferentes pontos de atenção, e é composta por um conjunto de serviços, inclusive o CAPs.

Vale destacar que, dentre as principais diretrizes da RAPs estão: “respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas e desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania” (BRASIL, 2015, p. 6-7).

Marco importante desse processo, foi a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (10.216/2001), que se desdobrou em um novo processo, na forma de atendimento ao paciente de Saúde Mental. A lei redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental e visa a promoção de ações de saúde, por meio de responsabilidade do Estado, com a participação da sociedade e família. A partir da edição da referida lei, passa a ser vedada a internação de paciente com transtorno mental em instituições com características asilares. O CAPs, portanto, como um dos dispositivos previstos na Reforma Psiquiátrica, apresenta, em suas bases fundantes, a garantia do direito à saúde, liberdade e ao respeito, ao usuário com transtorno mental.

Na análise de alguns artigos, foi possível observar os avanços e desafios do CAPs, com ênfase para a contribuição desse dispositivo no processo de desinstitucionalização, que prevê a promoção da cidadania e da reinserção do indivíduo em tratamento de saúde mental. Diferentemente da desospitalização, a desinstitucionalização baseada na Reforma Psiquiátrica,

inspirada pela psiquiatra italiana, requer um novo olhar sobre a loucura e a reabilitação no contexto social, a fim de favorecer a autonomia do paciente, baseado na complexidade do modo de vida do indivíduo, desmontando o conceito de doença e, ainda, a retomada do contato de sua existência e subjetividade, não mais para curar, mas para produzir vida e espaços coletivos de existência.

A revisão da literatura evidenciou avanços, no processo da Reforma Psiquiátrica, no que se refere ao atendimento aos usuários, sobretudo com a criação de dispositivos como o CAPs, tendo em vista a constituição de novos modos de olhar e intervir no âmbito da saúde mental, a exemplo de estratégias que potencializam a autonomia, o protagonismo e a participação dos usuários e familiares. Nesse aspecto, os estudos enfatizaram o trabalho multi/interdisciplinar, com ênfase às abordagens na ótica da humanização, especificamente com relação ao acolhimento e discussão de proposta terapêutica envolvendo os diferentes sujeitos.

Entretanto, apesar dos avanços e da importância da trajetória de luta e de mobilizações acerca do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, é importante ressaltar que os desafios que são postos no cotidiano requerem o (re)conhecimento de redes, tanto por parte do Estado, das instituições, dos profissionais, bem como o apoio dos familiares, no tratamento, para evitar as internações.

Nesse sentido, a defesa da saúde como um direito de cidadania é fundamental para constituir o modelo de atenção em saúde mental, com base nas propostas das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Os retrocessos, no âmbito do SUS, por meio de propostas privatizantes e de redução do financiamento, com a PEC 241/55, desdobram-se de forma avassaladora para o desmonte da saúde com princípios de universalidade, de integralidade e da equidade; por conseguinte, esfacela a RAPs e toda a proposta do CAPs.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcante; SILVA, Marcelo José de Souza. **Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0953.pdf>> . Acesso em: 9 out. 2018.

ALVES, Vanessa Castro; VELASQUE, Maibí de Araújo. **Desafios para a efetivação das políticas de saúde e saúde mental no contexto neoliberal**. s.d. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/I/17.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2018.

AMARANTE, 1995. **Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica**. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1995000300024&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1995000300024&script=sci_abstract&tlng=es)> Acesso em: 17 set. 2018

AMARANTE, 1998. **Loucos pela vida. A trajetória da Reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª edição**

ANDRADE, Ana Paula M. **O movimento da reforma psiquiátrica brasileira: algumas questões de gênero**. XV ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO “PSICOLOGIA SOCIAL E POLÍTICAS DE EXISTÊNCIA: FRONTEIRAS E CONFLITOS”. Disponível em: <[http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais\\_XVENABRAPSO/403.%20o%20movimento%20da%20reforma%20psiqui%C1trica%20brasileira.pdf](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/403.%20o%20movimento%20da%20reforma%20psiqui%C1trica%20brasileira.pdf)>. Acesso em: 13 set. 2018.

BALLARIM et al., 2011 **Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço**. Disponível em:< [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/percepcao\\_profissionais\\_caps\\_praticas\\_acolhimento\\_servi%C3%A7o.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/percepcao_profissionais_caps_praticas_acolhimento_servi%C3%A7o.pdf)> Acesso em: 15 set. 2018

BARDANACHVILI, Eliane. **Estudo analisa relação crise-austeridade e aponta impacto restritivo na saúde**. CEE/Fiocruz. 2018. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/estudo-analisa-relacao-crise-austeridade-e-aponta-impacto-restritivo-na-saude>>. Acesso em: 7 out. 2018.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). **Declaração de Caracas**. Organização Pan-americana de Saúde (Opas) e Organização Mundial de Saúde (OMS), 1990. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf)>. Acesso em: 8 set. 2018.

BOTELHO; LIMA, 2015. **Percepção das emoções dos usuários do CAPS II: um relato de experiência**. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922015000200160&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922015000200160&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 16 set. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Relatório final**. Brasília, 1986. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)>. Acesso em: 18 set. 2018.

BRASIL, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)> Acesso em: 01 out. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990. Disponível em:<[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)> Acesso em: 04 out. 2018

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em:< [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)> Acesso em: 15 out. 2018

BRASIL. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (2.: Brasília :1992) **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental,1994.63p.

Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf)>. Acesso em: 8 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm)>. Acesso em: 23 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: CUIDAR SIM EXCLUIR NÃO. Brasília, 2001. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude\\_mental.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf)> . Acesso em: 27 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), 2003. 604 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf)>. Acesso em: 18 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>. Acesso em: 1º out. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Dape. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 ANOS DEPOIS DE CARACAS. Opas. Brasília, nov. 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 3 out. 2018.

**BRASIL. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, jan. 2007, 85p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_gestao\\_saude\\_mental\\_2003-2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf)>. Acesso em: 7 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério Público Federal. Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei 10.216/2001. Edição revista e corrigida. Brasília-DF: Ministério Público Federal dos Direitos do Cidadão, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 29 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento**: orientações para elaboração de projetos de construção de CAPs e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Lei n. 13.097, de 19 de janeiro de 2015. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13097.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13097.htm)>. Acesso em: 24 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPs e de UA. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 44 p.

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_atencao\\_psicossocial\\_unidades\\_acolhimento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf)>. Acesso em: 26 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados – 12**, Ano 10, n. 12, out. 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em: <[http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf)>. Acesso em: 3 out. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico de cuidado em álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial**, Relatório de Gestão 2011-2015. 2016, 143 P. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>> Acesso em: 23 set. 2018

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992\\_28\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html)>. Acesso em: 23 set. 2018.

BRAVO, M. I. S et. al. **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2008. Disponível em: <<http://files.adrianonascimento.webnode.com.br/200000177-44831457d0/VV.%20AA.%20Pol%C3%ADtica%20de%20Sa%C3%BAde%20na%20Atual%20Conjuntura.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. In: **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. v. 17, n. 1, p. 73 -93, Rio de Janeiro, 2007.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 141-166.

CEBALLOS, Albanita G. Costa. **Modelos conceituais de saúde determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde**. 2015. Disponível em: <[https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/3332/2mod\\_conc\\_saude\\_2016.pd](https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/3332/2mod_conc_saude_2016.pd)>

DEL'OLMO; CERVI, 2017. **Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil**. Disponível em:<

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2177-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2177-70552017000300197&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

[70552017000300197&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2177-70552017000300197&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em: 16 set. 2018

GIOVANELLA, L., et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [*on-line*]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 2nd. ed. rev., and enl. ISBN 978-85-7541-349-4. Available from SciELO Books < [http:// books.scielo.org](http://books.scielo.org) >.

GOMES, Gustavo França. **O direito à saúde na Constituição de 1988 e a contra-reforma do Sistema Único de Saúde (SUS)**. VI JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS. Disponível em:

<[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo8-](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo8-direitosepoliticaspUBLICAS/odireitoasaudenaconstituicaode1988eacontra-reformadosistemaunicodesaude-sus-.pdf)

[direitosepoliticaspUBLICAS/odireitoasaudenaconstituicaode1988eacontra-](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo8-direitosepoliticaspUBLICAS/odireitoasaudenaconstituicaode1988eacontra-reformadosistemaunicodesaude-sus-.pdf)

[reformadosistemaunicodesaude-sus-.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo8-direitosepoliticaspUBLICAS/odireitoasaudenaconstituicaode1988eacontra-reformadosistemaunicodesaude-sus-.pdf)>. Acesso em: 18 set. 2018.

MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2015. **(Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil**. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000401273&script=sci_abstract&tlng=pt)

[12902015000401273&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000401273&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 18 set. 2018

MENDES, Dárcio Tadeu. **Acolhimento em Centro de Atenção Psicossocial: percepção de profissionais que vivenciam a prática**. Campinas, SP, 2014 Disponível em:

<[http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/283870/1/Mendes\\_DarcioTadeu\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/283870/1/Mendes_DarcioTadeu_M.pdf)>.

Acesso em: 31 out. 2018.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. **Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01)**. Rio de Janeiro: s.n., 2004. 244 p.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a**

compreensão e crítica. Salvador: J.S Paim, 2007. 300p. Disponível em:  
<<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>>. Acesso em: 14 set.  
2018.

RIBEIRO, Sérgio Luiz. **A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo**. In:  
**Psicol. cienc. prof.**, set. 2004, v.24, n.3, p. 92-99. ISSN 1414-9893. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1414-98932004000300012&](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-98932004000300012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)  
[lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-98932004000300012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 30 ago. 2018.

ROCHA, Patrícia Rodrigues; DAVID Helena M. S. Leal. Determinação ou determinantes?  
Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. In: **Revista da Escola de**  
**Enfermagem de São Paulo**. USP, 2015; p. 129-135. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt\\_0080-6234-reeusp-49-01-0129.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0129.pdf)>. Acesso em:  
7 out. 2018.

ROTELLI, F. et. al. **Desinstitucionalização, uma outra via**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SADIGURSBY; TAVARES, 1998. **Algumas considerações sobre o processo de**  
**desinstitucionalização**. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691998000200005&script=sci_abstract&tlng=pt)  
[11691998000200005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691998000200005&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 19 set. 2018

SANTOS, Isabela Soares; VIEIRA, Fabíola Sulpino. **Direito à saúde e austeridade fiscal:**  
o caso brasileiro em perspectiva internacional. 2013. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n7/1413-8123-csc-23-07-2303.pdf>> . Acesso em: 7 out.  
2018.

SANTOS, Marta Alves. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios  
contemporâneos. In: **R. Katal., Florianópolis**, v.16, n. 2, p. 233-240, jul./dez. 2013.  
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v16n2/09.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

SCIENTIFIC ELETRONIC LIBRARY ON-LINE (SCIELO). Home. Disponível em:  
<<http://www.scielo.org/php/index.php>>. Acesso em 28 out. 2018.

SILVA, Alessandra Ximenes da; NÓBREGA, Mônica Barros; MATIAS, Thaisa Simplicio Carneiro. **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde.** Campina Grande: EDUEPB, 2017. 448P. Disponível em:  
<<http://www.uepb.edu.br/download/ebooks/Contrarreforma-Intelectuai-e-servic%25CC%25A7o-Socials.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2018.

SIMON, Aline Gabriela. **O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:  
<[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2444/1/ENSP\\_Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Simon\\_Aline\\_Gabriela.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2444/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Simon_Aline_Gabriela.pdf)>. Acesso em: 3 out. 2018.

SOARES, Raquel Cavalcante. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Argumentum, Vitória**, v. 10, p. 24-32, jan./abr. 2018. Disponível em:<<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19496>>. Acesso em: 23 set. 2018.

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos.** Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2018.

VASCONCELOS, 2010. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5ª edição.**

VIEIRA, Fabíola Sulpino et. al. **Políticas sociais e austeridade fiscal: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo.** Rio de Janeiro: Cebes, 2018, 64 p. Disponível em:

<<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/26808/2/Austeridade.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2018.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2006. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4426/2/240.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2018.