



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**



MARIÁ LANZOTTI SAMPAIO

**CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: ANÁLISE MULTIDIMENSIONAL
NA PERSPECTIVA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

Vitória da Conquista - Bahia
2020

MARIÁ LANZOTTI SAMPAIO

**CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: ANÁLISE MULTIDIMENSIONAL
NA PERSPECTIVA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Patrício Bispo Júnior

Vitória da Conquista - Bahia
2020

Biblioteca Universitária Campus Anísio Teixeira – UFBA

S192

Sampaio, Mariá Lanzotti.

Cuidado em saúde mental: análise multidimensional na perspectiva da desinstitucionalização. / Mariá Lanzotti Sampaio. – 2020.
162 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. José Patrício Bispo Júnior

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2020.

1. Saúde Mental. 2. Serviços de Saúde Mental. 3. Desinstitucionalização.

I. Universidade Federal da Bahia. Instituto Multidisciplinar em Saúde.

II. Bispo Júnior, José Patrício. III. Título.

CDU: 613.86 (813.8)

Mariá Lanzotti Sampaio

"Cuidado em saúde mental: Análise multidimensional na perspectiva da desinstitucionalização"

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Políticas, planejamento, gestão e práticas em saúde.

Aprovada em 23/10/2020

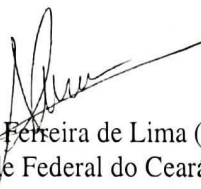
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. José Patrício Bispo Junior (Orientador)
Universidade Federal da Bahia – UFBA/IMS



Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos (Examinador)
Universidade Federal da Bahia – UFBA/IMS



Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima (Examinador)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Dedico esse trabalho a todos que lutam por uma saúde mental pública, de qualidade e libertária, e aos que têm esperança de que o mundo pode ser um lugar mais justo de se viver, ainda que em tempos tão sombrios.

AGRADECIMENTOS

No primeiro encontro oficial do Mestrado, o professor Adriano Maia disse que nos desejava um processo trabalhoso, mas sem sofrimento. Tomei aquilo quase como mantra e hoje, ao olhar para trás, não teria melhor definição para este ciclo. Trabalhoso como deveria ser um Programa como este, mas sem sofrimento. Então, escrever os agradecimentos tem sido uma etapa desafiante. Primeiro porque remete ao fim de um processo extremamente engrandecedor que me transformou não só enquanto pesquisadora, mas como ser humano. Depois porque foram tantas pessoas que estiveram envolvidas para que a descrição pudesse ser exatamente esta, que se torna difícil sintetizar em algumas páginas encontros tão profundos.

Agradeço inicialmente aos meus pais Paulo e Odete, por serem meu espelho de vida e por me deixarem, desde muito cedo, ser atravessada e afetada pelas vivências com pessoas em sofrimento mental. Se eu posso sonhar com uma sociedade menos desigual, é porque tive a sorte de contar com dois grandes modelos de luta e resistência dentro de casa. Espero um dia ser alguém como vocês. Agradeço também por todo o esforço e incentivo para que eu pudesse estar aqui, hoje. Cada qual do seu modo, são os grandes responsáveis por essa etapa concluída e eu sei que esse sonho também é de vocês;

Ao meu orientador José Patrício, que admiro imensamente desde a primeira aula da residência multiprofissional. Agradeço-lhe por tanto. Por segurar na minha mão e seguir comigo na temática de saúde mental. Por confiar em mim, mesmo nos momentos em que eu mesma não confiava e me mostrar que ia ser possível. Por todo o cuidado e apoio. E também pelas trocas tão ricas. Sem dúvidas, foi uma honra inenarrável poder ter sido sua aluna e orientanda. Daqui para frente, a cada passo meu, tenho a sorte de carregar algum ensinamento seu;

Aos participantes da pesquisa por dividirem as histórias, as vitórias e os desafios comigo. Por me receberem de braços abertos nos encontros e nos serviços e por me permitirem tanto aprendizado. Espero que este trabalho possa contribuir para fortalecer a luta que, visivelmente também é a luta de vocês;

Ao meu grupo "Quali-quantit", por terem sido uma base de apoio e de amor. Por cada sorriso, cada lágrima, cada socorro, cada ensinamento, cada viagem ou encontro e cada presença de apoio. Vocês são a certeza de que o mestrado só faz sentido se for coletivo.

À minha turma de mestrado, por toda a parceria, trocas e por todo o cuidado que tiveram comigo. Obrigada pelas ligações por skype para que eu pudesse acompanhar as aulas no período em que não pude estar presente fisicamente, pelas surpresas e por todo o afeto. Foi uma felicidade ter dividido esses dias com vocês. Não poderia existir grupo melhor;

Aos professores do Programa por compartilharem conosco tantos ensinamentos ricos e transformadores e por sempre nos incentivarem a crescer coletivamente;

Aos membros da banca: Professor Adriano, professor Aluísio e professora Poliana. Vocês são grandes referências e, sem dúvidas é uma felicidade e uma honra dividir esse trabalho com vocês. Obrigada por se disponibilizarem com tanto cuidado e atenção;

À FAPESB pelo financiamento da pesquisa;

Aos bolsista Leonardo, Moisés e Jaqueline pela colaboração sistemática e comprometida;

Às amigas psicólogas do HGVC Sabrina, Érica, Ana Paula e Amanda, bem como às minhas queridas residentes, por entenderem meu processo e me acolherem e incentivarem em todos os momentos.

À Marianne e Sóstenes por todo apoio e por serem minha família aqui;

À minha irmã Dara por me apoiar, incentivar e ofertar todo o amor à Analua para que eu pudesse me dedicar ao término do mestrado;

À Flávia, Nieta, Lucas, Lali, Caucha, Caíque, Yoná, Júnior e Maria Flor. Obrigada pelas sopas quentinhas nas noites corridas, pelo acolhimento igualmente caloroso, por entenderem as tantas vezes em que eu não podia estar com Analua e por assumirem esse cuidado com tanto amor. Não consigo imaginar como teria sido sem vocês por perto e sempre a postos;

À Dilma e Haddad, pela possibilidade de interiorização das universidades;

E por fim mas, de forma alguma, menos importante: à Analua. Por me dar sentido para continuar. Mesmo em tempos obscuros, olhar para você me faz não desistir de acreditar que precisamos seguir na luta por um mundo mais justo.

“Uma pimenta, colocai-lhe as asas, uma libélula rubra.” (Bachô)

SAMPAIO, M.L. Cuidado em saúde mental: Análise multidimensional na perspectiva da desinstitucionalização. **Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.** Vitória da Conquista, Bahia: UFBA, 2020

RESUMO

A presente dissertação objetivou analisar o cuidado em saúde mental no município de Vitória da Conquista. Consiste em estudo de caso qualitativo, no qual foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 33 participantes entre gestores, profissionais e usuários; observação participante nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e consultas a dados secundários. Para análise, utilizaram-se matrizes analíticas construídas a partir do referencial teórico da desinstitucionalização. A dissertação está estruturada em quatro artigos científicos. No primeiro artigo, de natureza teórico-conceitual analisou-se a trajetória das políticas de saúde mental no Brasil, com a sistematização dos períodos históricos, discussão sobre a pluralidade das abordagens da desinstitucionalização e análise dos avanços e desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). O segundo manuscrito avaliou a estrutura e o processo de articulação do cuidado em saúde mental, com foco nos serviços da RAPS e outros dispositivos sociais. Os resultados evidenciaram a conformação de uma rede fragmentada, com centralização nos serviços especializados e dificuldades de comunicação com atenção primária e a rede de emergência. O terceiro manuscrito abordou a dimensão epistêmica da RPB. Os resultados apontaram para a tautocronia de sentidos pautados nos saberes emancipatórios e, ao mesmo tempo, em saberes psiquiátricos tradicionais, consoantes ao modelo manicomial. A difícil operacionalização dos ideais da RPB e a persistência de valores manicomial demonstram a necessidade de resgate e fortalecimento do ideário do modelo psicossocial. No quarto artigo, analisou-se a dimensão técnico-assistencial da RAPS com foco na abrangência dos cuidados prestados. Os resultados indicam avanços em direção à prestação de cuidados abrangentes em Saúde Mental. No entanto, foram identificadas fragilidades como: oferta insuficiente, dificuldades de acesso, frágil coordenação da rede, descontinuidade assistencial e fragilidade no atendimento à crise. Conclui-se sobre a importância dos avanços alcançados e a sobre a necessidade de ampliação do financiamento e da oferta serviços, qualificação profissional e desenvolvimento de estratégias para integração entre serviços.

Palavras chaves: Desinstitucionalização; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Atenção à saúde; Pesquisa em Sistemas e Serviços de Saúde.

SAMPAIO, M.L. Mental health care: Multidimensional analysis from the perspective of deinstitutionalization. **Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.** Vitória da Conquista, Bahia: UFBA, 2020

ABSTRACT

This dissertation aimed to analyze the mental health care in the town of Vitória da Conquista. It consists of a qualitative case study, where we performed semi-structured interviews with 33 participants, including managers, professionals and users; participant observation in the services of the Psychosocial Care Network (*Rede de Atenção Psicossocial - RAPS*) and queries with secondary data. In order to analyze data, we used analytical matrices designed from the theoretical framework of deinstitutionalization. The dissertation is structured in four scientific articles. In the first article, with a theoretical-conceptual nature, we analyzed the trajectory of mental health policies in Brazil, with the systematization of historical periods, discussion of the plurality of approaches to deinstitutionalization and analysis of the advances and challenges of the Brazilian Psychiatric Reform (*Reforma Psiquiátrica Brasileira - RPB*). The second manuscript assessed the structure and the process of articulating mental health care, focusing on RAPS services and other social devices. The results highlighted the conformation of a fragmented network, with centralization in specialized services and difficulties in communication with primary care and its emergency network. The third manuscript addressed the epistemic dimension of RPB. The results pointed to the tautochrony of meanings based on emancipatory knowledge and, at the same time, on traditional psychiatric knowledge, according to the asylum model. The difficult operationalization of the RPB ideals and the persistence of asylum values underline the need to rescue and strengthen the ideology of the psychosocial model. In the fourth article, we analyzed the technical-assistance dimension of RAPS, focusing on the scope of care provided. The results indicate advances towards the provision of comprehensive care in terms of Mental Health. Nevertheless, we have identified weaknesses, such as: insufficient supply, difficulties in access, poor network coordination, care discontinuity and weakness in responding to crises. We can make conclusions on the importance of the advances achieved and on the need to expand financing and services supply, professional qualification and development of strategies for enabling integration among services.

Keywords: Deinstitutionalization; Mental Health; Community Mental Health Services; Health Care (Public Health); Health policy and systems research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Esquematização do processo de codificação e categorização.....	61
Figura 1 (artigo 2) - Profissionais integrantes dos CAPS de Vitória da Conquista-BA, 2019.....	76
Figura 1 (Artigo 3) - Dimensão de cuidados em saúde mental e níveis de atenção à saúde.....	117

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 (Artigo 1) - Características dos períodos da atenção em Saúde Mental no Brasil, 1841-2019.....	39
Quadro 2 (Artigo 1) - Características dos modelos manicomial e de desinstitucionalização.....	45
Quadro 1 - Matriz analítica do processo de desinstitucionalização em saúde mental.....	59
Quadro 1 (Artigo 2) - Matriz de análise da Rede de Atenção Psicossocial.....	69
Quadro 2 (Artigo 2) - Avaliação dos informantes-chave sobre estrutura e funcionamento da RAPS. Vitória da Conquista, 2019.....	71
Quadro 1 (Artigo 3) – Matriz de análise do campo teórico-conceitual da Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	92
Quadro 1 (Artigo 4) - Matriz de Análise do desempenho dos cuidados de saúde mental.....	115

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição dos serviços disponíveis na Rede de Atenção Psicossocial de Vitória da Conquista	54
Tabela 2 - Participantes do estudo. Rede de Atenção Psicossocial de Vitória da Conquista, 2019	57
Tabela 1 (Artigo 2) – Participantes do estudo da Rede de Atenção Psicossocial de Vitória da Conquista, 2019	68
Tabela 2 (Artigo 2) - Serviços integrantes da Rede de Atenção Psicossocial de Vitória da Conquista, 2019	74
Tabela 1 (Artigo 3) – Número de participantes entrevistados por tipo de serviço. Vitória da Conquista, 2019.....	94
Tabela 1 (Artigo 4) - Número de participantes entrevistados por tipo de serviço. Vitória da Conquista, 2019	114

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

APS – Atenção primária a saúde

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CNSM- Conferência Nacional de Saúde Mental

CONAD - Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

COTFAVE- Comunidade Terapêutica Fazenda Vida e Esperança

DINSAM- Divisão Nacional de Saúde Mental

ESF- Equipes de Saúde da Família

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

MRS- Movimento da Reforma Sanitária

MTSM- Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS- Núcleos de Atenção Psicossocial

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB- Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

RPB- Reforma Psiquiátrica Brasileira

SRT- Serviço Residencial Terapêutico

SUS- Sistema Único de Saúde

UA- Unidade de Acolhimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Aproximação com o objeto de estudo	17
1.2 Recorte do objeto de estudo	20
2 OBJETIVOS.....	25
2.1 Objetivo Geral	25
2.2 Objetivos Específicos	25
3 REVISÃO DA LITERATURA	26
ARTIGO 1. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil	26
3.1 Percursos da Saúde Mental no Brasil	29
3.1.1 Institucionalização da loucura no Brasil (1841-1964).....	30
3.1.2 Autoritarismo e privatização da Saúde Mental (1964-1978).....	31
3.1.3 Origem da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1978-1984).....	32
3.1.4 Redemocratização, criação do Sistema Único de Saúde e ascensão da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1984-1990).....	33
3.1.5 Implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1990-2000).....	34
3.1.6 Avanços institucionais da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2001-2016).....	35
3.1.7 Retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2016- 2019).....	37
3.2 Desinstitucionalização enquanto ideia/conceito polissêmico	41
3.3 Avanços e Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira	46
4 PERCURSO METODOLÓGICO	52
4.1 Desenho do Estudo	52
4.2 Campo de Estudo.....	52
4.3 Fontes de Informação	55
4.4 Participantes do Estudo.....	56
4.5 Procedimentos Analíticos	58
4.6 Aspectos Éticos.....	62
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	63

5.1 ARTIGO 2. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental	64
5.2 ARTIGO 3. Dimensão epistêmica da Reforma Psiquiátrica Brasileira: significados de gestores, profissionais e usuários	87
5.3 ARTIGO 4. Em direção à Saúde Mental Abrangente: experiências e desafios da atenção psicossocial no Brasil	108
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
7 PERSPECTIVAS DE CONTINUIDADE COM OUTROS ESTUDOS.....	137
REFERÊNCIAS	138
APÊNDICES	141
APÊNDICE A- Roteiro de Entrevista- Coordenadora de Saúde Mental.....	141
APÊNDICE B- Roteiro de Entrevista – Gestores.....	143
APÊNDICE C- Roteiro de Entrevista – Profissionais.....	145
APÊNDICE D- Roteiro de Entrevista – Usuários	147
APÊNDICE E- Roteiro Observação Participante.....	149
APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais e Gestores	151
APÊNDICE G- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Usuários	153
ANEXOS.....	155
ANEXO A – Comprovante de aprovação - Artigo 1.....	155
ANEXO B- Autorização Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista	156
ANEXO C- Autorização Núcleo de Estudos Permanentes do Hospital Geral de Vitória da Conquista	157
ANEXO D- Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa UFBA-IMS.....	158
ANEXO E- Comprovante de aprovação do artigo científico nos Cadernos de Saúde Pública – Artigo 2.....	162
ANEXO F- Comprovante de aprovação do artigo científico à revista Interface – Comunicação, Educação, Saúde.....	163

1. INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com o objeto de estudo

Pensar acerca do meu interesse nos estudos sobre a saúde mental recai na necessidade de revisitar a minha história de vida e minhas antigas memórias de criança em São Paulo, momento no qual tive meus primeiros atravessamentos com a temática de saúde mental. Meus pais sempre foram diretores de manicômio judiciário e ligados à grupos como o “Tortura nunca mais”, que se voltam à luta pela garantia de direitos humanos.

O manicômio judiciário é uma instituição falida, é verdade. Como eles diziam: o dito louco criminoso era duplamente estigmatizado e, portanto, o último da fila no que se refere à empatia da sociedade. Um lugar terrível, eu sei. Mas também foi ali que eu me recordo minhas primeiras memórias felizes de infância. Me lembro que tinha um grande pé de amora no alto de um morro bem verde. Eu sempre ia com um dos pacientes para comer as frutinhas durante a tarde e enquanto sentávamos na grama para olhar a cidade de cima, ele me dizia que sempre iria me proteger. Proteger do que? Eu ainda não entendia. Tantos outros pacientes, quando estavam comigo me traziam o mesmo discurso de proteção. Eu realmente me sentia protegida com eles, mas de algo que não sabia o que, nem porquê. Só anos depois pude saber que era proteger da vida que, de fato, para aquelas pessoas, era muito dura e demandava um estado de alerta diário para garantir a sobrevivência.

Me lembro das datas festivas e dos passeios com meus pais que, constantemente, tinham algum dos pacientes conosco. Por vezes, eles falavam como era estranha a vida fora do hospital, mesmo nas coisas mais simples como uma ida ao mercado. Me recordo das rodas de violão que fazíamos com as músicas que eles sempre mudavam a letra para cantarem com meu nome. E eu sempre ficava feliz. Alguns chegavam a passar alguns períodos em casa quando tinham alta do hospital até que conseguissem se reorganizar e outros são do nosso convívio próximo até hoje.

Para além das sensações de felicidade e estranheza, foi lá também que ouvi sobre sofrimento, violência, tortura e exclusão. Alguns, após a alta, pulavam para dentro do manicômio. Estavam a tanto tempo trancafiados naquelas paredes que não tinham família, rede social e sequer reconheciam a moeda local. Minha mãe me dizia que se assemelhava à uma prisão perpétua. Mesmo assim, por diversas vezes, eu ouvia durante os encontros entre os profissionais que seria preciso reinventar novas formas de cuidar daquelas pessoas. A equipe propôs então investir em um

projeto, iniciado em 1989, de criação de um pavilhão para desospitalização progressiva, para que pudessem articular a volta para casa dos pacientes e a retomada de participação na sociedade. Para além havia muitas discussões e tentativas de articulação aos movimentos da Luta Antimanicomial que estavam no seu auge (claro que eu sequer podia imaginar o que isso significava). Me lembro dos setores de resistência, das grandes faixas nas cidades com severas críticas direcionadas à meus pais, bem como de tantas outras dificuldades que apareciam a cada nova tentativa de promover mudanças.

E foi assim que, desde cedo, a loucura me soou tão próxima e tão estranhamente inquietante e desconhecida. Uma das minhas primeiras constatações é que, para eles, o que restava era um não lugar. Os dias difíceis dos meus pais também me mostraram que era um campo de luta, resistência e criação. Concomitante à isso, ouvia nas reuniões dos grupos de direitos humanos sobre o imperativo de lutar por uma vida digna e livre para todos. Eles estavam incluídos neste todos? Eu queria poder me aproximar e pensar quais outras formas de vida e de cuidado eram possíveis. Acredito que tenha partido daí meu desejo pela psicologia.

Em minhas experiências profissionais durante a graduação as questões saúde e sofrimento mental continuavam me atravessando e me inquietando. No período em que trabalhei com população em situação de rua e com usuários de crack, vivenciava as mesmas dúvidas. A rua era um ambiente sem muros, mas ainda assim, eu não conseguia enxergar um lugar para essas pessoas. A negligência, o desprezo, o estigma e a violência faziam presença constante.

Durante este período conheci pessoas grandiosas que me permitiram vivenciar momentos transformadores. Dentre elas, sou eternamente grata à Cátia Rocha, uma grande assistente social que me ensinou sobre a importância do protagonismo das pessoas que atendíamos, sobre abertura para os encontros reais e para a premissa de que o cuidado, necessariamente, deve produzir potência de vida. Grata também às pessoas que se encontravam em situação de rua e aceitaram caminhar conosco em movimentos de ocupação dos espaços da cidade, de produção jornalística, de arte, de cuidado e, sobretudo, de vida. Neste período, ainda que em meio a mortes, dor e sofrimento, eu sentia que algo começava a fazer sentido naqueles momentos em que claramente podíamos sentir a potência de vida pulsando no seio da rua.

Ao final da graduação me mudei para a Bahia para realizar a residência multiprofissional em Urgências UFBA/HGVC. Foi durante a residência que pude conhecer a atenção hospitalar, os serviços da RAPS e a potencialidade do trabalho multiprofissional. Pude também desenvolver

minha primeira pesquisa, junto à professora Andréa, para refletir sobre o cuidado em saúde mental no hospital geral, visto que havia também grande dificuldade no exercício desse cuidado (inclusive da minha parte, que demorei um período para começar a traçar possibilidades do fazer no âmbito hospitalar). Andrea me apresentou autores como Paulo Amarante e Silvo Yasui, que trouxeram a perspectiva ampliada de desinstitucionalização. De fato, não era apenas os muros do manicômio que propiciavam esse modelo manicomial. A partir daí pude me aproximar e participar do Coletivo da Luta Antimanicomial de Vitória da Conquista e vivenciar momentos de pura potência de vida junto aos demais participantes do Coletivo.

Além disso, foi na residência que conheci o professor José Patrício, responsável por me despertar a curiosidade acerca da lógica organizativa dos sistemas e o funcionamento das políticas de saúde, do lugar do Estado e de qual nosso lugar enquanto coletividade para luta por uma saúde pública forte e universal e por uma sociedade mais igualitária. A cada final de aula eu tinha a sensação que alguma venda ia se desvencilhando aos poucos. Ele trazia questionamentos que nunca havia passado pela minha cabeça e que, de uma hora para outra, me pareciam tão urgentes. Foi aí então que eu pude me aproximar do Mestrado em Saúde Coletiva e vi que era exatamente ali que eu gostaria de estar.

E agora, cá estamos nós escrevendo essa dissertação. Enfim pude chegar até aqui e vivenciar um processo que superou todas minhas expectativas! Unir a saúde mental com a saúde coletiva foi uma dádiva que meu orientador José Patrício me propiciou. Poder ouvir cada usuário, cada profissional e gestor, e vivenciar cada período da observação participante nos diferentes serviços me trouxe os mais diversos tipos de amadurecimento.

Acredito na pesquisa como uma possibilidade provocar o pensamento crítico que permita a desnaturalização de processos tidos como naturais. Como diria Brecht “Não digam nunca: Isso é natural. A fim de que nada passe por imutável”. Não pode ser imutável. Neste sentido, desejo que a pesquisa possa contribuir para fortalecer os polos de resistência e possibilitar que avancemos nos desafios evidenciados para que, mesmo em tempos de tantos retrocessos, se reafirme o compromisso ético-político com a Reforma Psiquiátrica e com a luta por uma vida digna e mais justa para todos.

1.2 Recorte do objeto de estudo

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) emergiu no fim dos anos 1970, ao lado da Reforma Sanitária, em um cenário de luta pela redemocratização nacional e por melhores condições de saúde, em um contexto de regime militar. Um dos principais movimentos sociais na luta pela RPB foi o Movimento da Luta Antimanicomial, composto por membros da sociedade, trabalhadores da saúde mental, familiares e usuários dos serviços (GOULART, 2015). Visava transformar os paradigmas relacionados ao âmbito da saúde mental e aos sujeitos que experenciam esta condição de sofrimento (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018). Para tanto, objetivava a ruptura com as instituições manicomiais que exerciam funções iatrogênicas e custodiais e, para além, com o modelo de cuidado hegemônico pautado na relação causal doença-cura e em processos de violência e exclusão (ANDRADE; MALUF, 2017; GOULART, 2015).

Propunha assim, a tessitura de uma nova relação entre sociedade-sofrimento mental-instituições que permitisse ofertar um outro local social para esta condição de sofrimento e promovesse aumento da potência de vida e do exercício da cidadania (YASUI, 2010). Desta forma, considera-se que a luta pela Reforma Psiquiátrica e pelo processo de desinstitucionalização, ultrapassa os limites do campo da saúde mental e se alia à luta pela democratização, participação social e por uma sociedade mais justa e equitativa.

Um dos principais pressupostos da Reforma Psiquiátrica é a ideia de desinstitucionalização. Esta consiste em um constructo complexo e polissêmico que sustenta diversas práticas, por vezes conflitantes (MARTINHAGO, OLIVEIRA; 2015). A exemplo disso, tem-se o modelo de Reforma Psiquiátrica desencadeado nos Estados Unidos em meados de 1950, no qual a desinstitucionalização foi concebida enquanto processo de desospitalização, sem que houvesse uma crítica aos saberes hegemônicos relacionados à loucura. Como consequência, houve uma série de transinstitucionalizações em asilos, casas de repouso e congêneres e o abandono de uma significativa parcela da população (DESVIAT, 2015).

No Brasil, a reforma psiquiátrica se estruturou a partir do conceito de desinstitucionalização, conforme proposto pela Reforma Psiquiátrica Italiana (DESVIAT, 2015), que consiste na desconstrução das estruturas físicas do manicômio e na criação de serviços substitutivos capazes de ofertar um cuidado integral e de base territorial que favoreça a autonomia e a participação social aos sujeitos em sofrimento mental. Objetivou desconstruir o arcabouço

teórico que sustenta a existência dos manicômios, pautado em relações verticalizadas de poder, em práticas de violência e em processos de exclusão (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI; 1990; SERAPIONI, 2019). Ou seja, compreende que o mero deslocamento do cuidado em hospitais psiquiátricos para o meio aberto, em que pese a sua importância, não garante por si só o delineamento de um novo lugar social para quem vivencia esta condição de sofrimento (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018). O desejo de dominação, classificação e hierarquização do sujeito em sofrimento mental pode transcender os limites tempo-espço e se reproduzir mesmo nos serviços substitutivos (ALVERGA; DIMESTEIN, 2006).

Posto isto, é necessário promover a inversão das práticas que reservam à pessoa em sofrimento mental um lugar de passividade ante os fazeres de profissionais de saúde. Faz-se importante que o olhar deixe de ser unicamente para a doença e se volte para o sujeito em toda complexidade existencial e em relação ao corpo social (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990). Neste sentido, os objetivos do cuidado não podem ser pré-estabelecidos por meio de categorias fixas e imutáveis, pois serão constantemente (re)construídos na relação e a partir das demandas emergentes (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2015).

Considera-se que o cuidado desinstitucionalizante deve se ocupar em desenvolver alternativas concretas para que seja possível ofertar uma atenção territorial sem precisar lançar mão dos manicômios. É necessário fortalecer movimentos de participação social dos sujeitos em sofrimento mental e ações que objetivem gerar transformações nas práticas discursivas e assistenciais relacionadas a este cuidado (AMARANTE; TORRE, 2017). Para tanto, as intervenções devem transcender os muros dos serviços e articular-se com outros setores que contemplem diversas dimensões da vida como trabalho, moradia, cultura, dentre outros. (YASUI, 2010)

A partir de 2001, com a promulgação Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), houve o fortalecimento dos princípios da Reforma Psiquiátrica no Brasil e a reorientação do cuidado em saúde mental, prioritariamente em meio aberto. A partir de então, intensificaram-se as mobilizações dos usuários e familiares e foram promulgadas um conjunto de leis e portarias que favoreceram a sustentação do modelo de cuidado desinstitucionalizante de base comunitária e territorial (AMARANTE, 2013; LIMA; GUIMARÃES, 2019). Neste período, houve significativos avanços concernentes ao oferecimento de um novo sentido para a experiência de sofrimento mental, seja por meio da expansão dos serviços substitutivos, em especial após a promulgação da Portaria nº

3.088, de 2011 que criou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011), seja pelas manifestações socioculturais de usuários e movimentos sociais que ocuparam os espaços da cidade e geraram visibilidade para a temática da saúde mental (AMARANTE; NUNES, 2018).

Em que pese os desafios a serem superados, ao longo de cerca de três décadas após sua implementação, a RPB apresentou significativos avanços relacionados à reorientação do modelo de atenção em saúde mental. Dentre as principais transformações, foi possível destacar a inversão do gasto em saúde mental, com significativo aumento para os serviços comunitários, implantação e estímulo à expansão destes serviços, redução de leitos em hospitais monovalentes, incentivos às articulações intersetoriais e multiprofissionais, iniciativas de desinstitucionalização e promoção de autonomia dos usuários e familiares dos serviços (DELGADO, 2019).

Entretanto, desde 2016, a nova conjuntura política aponta para o fortalecimento de movimentos conservadores e neoliberalistas, que preveem: a redução do papel do Estado ante às políticas sociais; a maior aproximação com setores privados; bem como, o congelamento de gastos públicos com as despesas primárias do governo, provenientes da Emenda Constitucional 95 (ONOCKO-CAMPOS et al., 2018). No âmbito da saúde mental, em 2017 foi aprovada a Nova Política de Saúde Mental e a Política Nacional sobre Drogas que, dentre outras mudanças, incorporam à Rede de Atenção Psicossocial os hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas, instituições reconhecidas historicamente por suas práticas excludentes e violentas. Além disso, outros documentos oficiais lançados realizaram incentivo à utilização de tecnologias como eletrochoques e internações para crianças e adolescentes (DELGADO, 2019,).

Este novo arranjo foi criticado por diversas entidades, dentre elas o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Os representantes destas instituições argumentam que as mudanças representam uma ameaça para a RPB e a lógica da desinstitucionalização, pois colocam em cena instituições com ideais contrários aos defendidos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica e designam para segundo plano o investimento em serviços de base territorial e comunitária (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019; ABRASCO, 2019).

Ante o exposto, cabe pontuar que o processo de RPB tem se desenvolvido a partir de movimentos não lineares de constantes avanços e entraves (LIMA, 2018). Com relação aos avanços, observa-se a reversão da centralidade do cuidado em serviços hospitalocêntricos e expressivo aumento dos serviços extra-hospitalares (FIOCRUZ et al., 2015); o aumento, ainda que

insuficiente, no financiamento destas instituições (LIMA; GUIMARÃES, 2019); promoção da autonomia dos sujeitos em sofrimento mental (ALMEIDA, 2019); e fortalecimento das ações culturais e de geração de renda. Todavia, apesar dos reconhecidos avanços, a hipermedicalização (PAULON, 2017), a redução insuficiente dos gastos com internação psiquiátrica, a hegemonia da psiquiatria tradicional (GARCIA, 2017), a fragilidade na abrangência da RAPS e na articulação intra e intersetorial (DIMENSTEIN et al., 2018), a falta de qualificação profissional e a estigmatização dos sujeitos em sofrimento mental (ONOCKO-CAMPOS, 2019), constituem-se ainda em impasses a serem superados para que o cuidado desinstitucionalizante possa, de fato, se efetivar.

Neste sentido, é possível considerar que o modelo de cuidado em saúde mental está intrinsicamente relacionado com o contexto político, histórico e cultural do país (PAULON, 2017). Assim, é somente a partir do constante questionamento acerca das práticas e concepções que envolvem e sustentam o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira que este processo poderá avançar no sentido de desmontagem da cultura manicomial (AMARANTE; TORRE, 2017). A lógica da desinstitucionalização deve ser concebida e defendida em seu aspecto amplo e complexo para que os sujeitos, até então enclausurados sob o estigma da periculosidade e desrazão, possam enfim assumir o protagonismo do seu tratamento e da sua vida no seio social (DESVIAT, 2015).

Desta forma, considera-se que realidade atual relacionada à Política de Saúde Mental do país, aliada o caráter inacabado e dinâmico da RPB demandam a produção de novos estudos que se proponham a colaborar na compreensão das diversas experiências e avançar nas discussões acerca dos desafios e possibilidades em prol da desinstitucionalização. Além disso, Onocko-Campos et al. (2018) afirmam que a implantação da Rede de Atenção Psicossocial ainda está em estágio de consolidação, com significativas diferenças locoregionais, o que demanda o desenvolvimento de pesquisas que abarquem esta temática. Todavia, os autores referem que estudos que vislumbram compreender a interrelação entre os diversos serviços da rede são escassos na literatura nacional e que as pesquisas se voltam, prioritariamente, para análise dos serviços isolados e/ou articulação destes serviços com a atenção primária.

Por fim, cabe pontuar que o município de Vitória da Conquista está situado no estado da Bahia que, sustentado pela portaria Estadual nº 415 de 30 de março de 2017, lançou, no início de 2018, o Plano de Desinstitucionalização CIPAD (CONSELHO ESTADUAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA BAHIA, 2018). A proposta objetiva reorientar o modelo de

cuidado em saúde mental a partir de uma lógica desinstitucionalizante. Desta forma, depreende-se que a discussão acerca da desinstitucionalização é uma temática de relevância atual em âmbito estadual.

Diante disto, este projeto de pesquisa será norteado a partir da seguinte questão: Como ocorre o cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial do município de Vitória da Conquista, com base nos pressupostos da desinstitucionalização?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o cuidado em saúde mental promovido pela Rede de Atenção Psicossocial do município de Vitória da Conquista a partir do referencial da desinstitucionalização.

2.2 Objetivos Específicos

- Sistematizar os períodos históricos da trajetória da saúde mental no Brasil a partir da análise dos contextos sociopolítico e de organização do sistema de saúde, debater as principais abordagens de desinstitucionalização e os avanços e desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira;
- Avaliar a estrutura e o processo de articulação do cuidado em saúde mental em Vitória da Conquista, tendo como foco os serviços integrantes da Rede de Atenção Psicossocial e outros dispositivos sociais e comunitários;
- Analisar a dimensão epistêmica da Reforma Psiquiátrica Brasileira sob a ótica de gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde mental de Vitória da Conquista;
- Analisar a dimensão técnico-assistencial do cuidado em saúde mental desempenhado por serviços integrantes da rede de atenção psicossocial de Vitória da Conquista.

3 REVISÃO DA LITERATURA

ARTIGO 1. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil ¹

Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil

RESUMO

Este artigo objetivou analisar a trajetória das políticas de saúde mental no Brasil. Para tanto, realizamos a sistematização dos períodos históricos a partir da análise dos contextos sociopolítico, da organização do sistema de saúde e das características da atenção em saúde mental. Identificamos sete períodos desde a institucionalização da loucura, no período imperial, até o ano de 2019. A trajetória da política revela um processo de disputa de concepções epistemológicas e simbólicas sobre a loucura e o adoecimento mental, que em interação com outros fatores contextuais influenciam nos modelos assistenciais e nas práticas de cuidado. Posteriormente, discutimos a pluralidade de abordagens da desinstitucionalização no cenário internacional e as influências sobre o modelo de saúde mental proposto pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Apresentamos uma síntese do conceito/ideia de desinstitucionalização considerando as várias dimensões que envolvem a perspectiva abrangente do termo. Por fim, refletimos sobre o avanços e desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Apesar das significativas conquistas, persistem problemas relacionados ao financiamento, à estigmatização, à frágil articulação intersetorial e à reprodução da lógica manicomial nos serviços substitutivos. Além disso, as atuais mudanças na Política Nacional de Saúde Mental constituem-se como principais ameaças ao modelo desinstitucionalizante.

Palavras-chaves: Saúde mental. Desinstitucionalização. Assistência à saúde mental. Atenção à saúde. Política de saúde.

¹ A seção de revisão da literatura consistiu em artigo de ensaio submetido e aprovado pela revista Trabalho, Educação e Saúde. O comprovante de aprovação encontra-se no Anexo A.

Between enclosure and deinstitutionalization: the trajectory of mental health in Brazil

ABSTRACT

This article aimed to analyze the trajectory of mental health policies in Brazil. For this purpose, we performed the systematization of historical periods based on the analysis of sociopolitical contexts, the organization of the national health system and the characteristics of mental health care. We identified seven periods from the institutionalization of madness, during the imperial period, until the year 2019. The trajectory of politics reveals a process of dispute between epistemological and symbolic conceptions on madness and mental illness, which, in interaction with other contextual factors, influence the health care practices. Subsequently, we discussed the plurality of deinstitutionalization approaches in the international scenario and the influences on the mental health model proposed by the Brazilian psychiatric reform. We introduced a synthesis of the concept/idea of deinstitutionalization considering the various dimensions that involve the broad perspective of the term. Lastly, we reflected on the progress and challenges of Brazilian psychiatric reform. Despite the significant achievements, there are still problems related to financing, stigmatization, fragile intersectoral articulation and reproduction of the asylum logic in substitutive services. Moreover, the current changes in the National Mental Health Policy are the main threats to the deinstitutionalizing model.

Keywords: Mental health. Desinstitutionalization. Mental health assistance. Health care. Health policy.

Introdução

Diferentes modelos de assistência marcam a trajetória da saúde mental no Brasil. As mudanças nas concepções epistemológica e simbólica da loucura e do adoecimento mental no país influenciaram a conformação de variadas práticas e formas organizativas de cuidado. Também os contextos sociopolíticos e econômico, bem como a forma de organização do sistema de saúde, contribuíram para a transformação das instituições e abordagens.

A gênese do cuidado institucionalizado no país é atribuída à criação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1841 (Messas, 2008). Com a função de retirar do convívio social as pessoas em desrazão, as primeiras ações institucionais apoiaram-se nos pressupostos higienista e da privação da liberdade daqueles que representavam ameaças à ordem pública (Yasui, 2010). Nesse primeiro momento, o espaço asilar mantinha ênfase no caráter religioso e caritativo. Com a proclamação da República, o Hospício Pedro II foi desvinculado da Santa Casa de Misericórdia e passou ao domínio da psiquiatria científica, com intensificação da abordagem medicalizante (Messas, 2008).

A partir de então, o hospício ocupou lugar central no modelo de assistência à loucura. Foram aprofundados o caráter asilar e de normalização social, com intensificação das práticas violentas e higiênicas (Alverga e Dimenstein, 2006; Paulin e Turato, 2004). Em decorrência disso, os hospitais psiquiátricos passaram a ser questionados pelas situações de maus tratos, abandono, superlotação e elevada quantidade de óbitos (Tenório, 2002). Tais críticas e a inspiração de diferentes modelos adotados em outros países, como França, Estados Unidos e Itália, alavancaram propostas de reforma do cuidado em Saúde Mental no Brasil (Desviat, 2015).

No final na década de 1970, emergiram as primeiras ações em prol da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e a criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Com a agregação dos diversos atores atravessados pela temática da saúde mental, o objetivo principal do movimento era propiciar condições para desconstrução do modelo manicomial vigente (Amarante e Torre, 2017). Para Amarante (2013), a RPB pressupõe o estabelecimento de uma nova relação entre sociedade, sofrimento mental e instituições com o intuito de ofertar outro lugar social para a loucura e promover o aumento das potências de vida das pessoas em sofrimento mental.

Toma por referência a ideia/conceito da desinstitucionalização, numa perspectiva de desconstrução no modelo manicomial e de transformação das relações de poder para que os pacientes se tornem sujeitos ativos e não meros objetos de intervenção (Rotelli, Leonardis e Mauri,

1990). Objetiva ainda a estruturação de rede de serviços substitutivos capazes de ofertar cuidado integral e de base territorial (Desviat, 2015). Todavia, desinstitucionalização é um termo polissêmico que, em decorrência das diferentes perspectivas, influenciou diferentes modelos de reformas psiquiátricas ao redor do mundo.

Desde a sua implementação, ao longo de aproximadamente três décadas, em que pese os desafios a serem superados, a RPB demonstrou substanciais avanços na reorganização do modelo de assistência. Como principais mudanças, podem ser destacadas a inversão do gasto em saúde mental com implantação e estímulo à expansão dos serviços comunitários, o incentivo às ações intersetoriais, a redução de leitos em hospitais monovalentes, as iniciativas de desinstitucionalização e o fortalecimento do protagonismo dos usuários e familiares (Delgado, 2019).

Todavia, a partir de 2016, com a assunção de grupos conservadores e ultraliberais nos espaços de poder do país, foram desencadeadas mudanças na organização e no direcionamento ideológico da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) (Brasil, 2017b) e da Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2018; Brasil, 2019a). Dentre as principais alterações estão a inclusão dos hospitais psiquiátricos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o aumento do repasse financeiro para instituições hospitalares especializadas, o foco na abstinência e o fortalecimento e financiamento das Comunidades Terapêuticas (Brasil, 2017b; Brasil, 2019a). As mudanças vão na contramão das proposições da RPB e representam importante retrocesso nos avanços alcançados e no modelo de desinstitucionalização defendido.

O presente artigo teve como objetivo analisar a trajetória das políticas de saúde mental no Brasil. Para tanto, procuramos sistematizar os períodos históricos da saúde mental no país, a partir da análise dos contextos sociopolítico, de organização do sistema de saúde e das características da atenção em saúde mental. Objetivamos ainda, debater as principais abordagens sobre desinstitucionalização e os avanços e desafios da RPB.

3.1 Percursos da Saúde Mental no Brasil

A trajetória das políticas e ações de saúde mental no país foi analisada tomando por referência os contextos: econômico, social e político; de organização dos sistemas de saúde; e dos aspectos normativos e legais. Com base nesses critérios, foram sistematizados sete períodos apresentados a seguir. No Quadro 1 estão dispostos os principais aspectos de cada período.

3.1.1 Institucionalização da loucura no Brasil (1841-1964)

Este período inicia com a criação do Hospício de Alienados Pedro II, em 1841, e perpassa pela República Velha, a Era Vargas, a instabilidade democrática e se encerra com o golpe militar de 1964 (Paim et al., 2011). Data do Brasil Império, a emersão das concepções epistêmicas e legais que designaram o sofrimento mental como objeto de intervenção do Estado e de saber da psiquiatria, além da marca de periculosidade e desrazão.

Após receber críticas da classe médica por não se embasar nos princípios da alienação mental, o Hospício foi desanexado da Santa Casa e passou a ser gerenciado pelos psiquiatras sob a égide dos pressupostos alienista (Lima, 2018). Com a proclamação da República, ocorreu o fortalecimento da psiquiatria científica, bem como de práticas de medicalização da loucura (Messas, 2008).

Na década de 1920, houve a ampliação das ações de saúde para as demais localidades do país e expandiu-se o escopo de responsabilidade do Estado pelos problemas de saúde da população (Paim et al., 2011). Vertentes de cunho preventivista e higienista ganharam força e buscavam prevenir os casos de doença mental, por meio de ações de cunho xenofóbico, racista e eugenista, com vistas alcançar melhorias sanitárias e nos modos de vida (Yasui, 2010).

Lima (2018) destaca que a promulgação do Decreto nº 24.559/1934 constituiu-se em marco legal que perdurou pelo Século XX. Este instituiu, em nome da manutenção da ordem ou da segurança pública, que os loucos deveriam ser retirados do convívio comunitário e internados em estabelecimentos psiquiátricos (Fernandes, 2018). Fortalecia-se, assim, a ideia de adoecimento mental associado à periculosidade e como antítese de cidadania. Esta concepção favoreceu as internações arbitrárias e a política de encarceramento como modelo de assistência aos doentes mentais.

Em 1961, com a promulgação do Decreto nº 49.974 /1961, observou-se importante iniciativa de flexibilização ao modelo manicomial vigente (Fernandes, 2018). O referido decreto preconizou que as internações ocorressem apenas após elucidação diagnóstica de doença mental e que o cuidado pudesse ser realizado em instituições extra-hospitalares e comunitárias. Também passou a utilizar a terminologia saúde mental, no lugar de “doença mental”. Todavia, tal normativa não reverberou em mudanças nas políticas de saúde mental. De acordo com Lima (2018), a

proposta consistiu prioritariamente em ajuste político-econômico e manteve a quase totalidade do financiamento voltado para asilos privados.

3.1.2 Autoritarismo e privatização da Saúde Mental (1964-1978)

Após o golpe de 1964 e com a instalação da ditadura cívico-militar no Brasil ocorreu a reestruturação do modelo de Estado, que teve como características principais: o autoritarismo e a repressão; a centralização financeira no âmbito federal; a redução do gasto em políticas sociais; e o modelo privatizante, aliado ao capital nacional e internacional (Paim et al., 2011). No sistema de saúde, aprofundou-se a dicotomização entre Saúde Pública e Medicina Previdenciária. O Ministério da Saúde, então responsável pelas ações de saúde pública, fora relegado à segundo plano. Preponderava a lógica previdenciária e os convênios com os setores privados, com o agravamento da desassistência de considerável parcela da população (Escorel, 2012).

O campo da saúde mental, assim como o restante da área da saúde, seguiu rumo à mercantilização da assistência (Pitta, 2011). Houve expressiva expansão do sistema manicomial privatista e a emersão da chamada “indústria da loucura” (Cerqueira, 1984), na qual o sofrimento mental e as internações psiquiátricas passaram a ser objeto de expressivo lucro para os segmentos empresariais (Martinhago e Oliveira, 2015). Neste período, a quase totalidade dos recursos financeiros da psiquiatria era destinada às internações em clínicas privadas contratadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), com altos índices de internações consideradas desnecessárias (Pitta, 2011).

Em meados de 1970, os hospitais públicos encontravam-se em situação de extrema carência, superlotação, abandono e com serviços de má qualidade. Os particulares atuavam sob a perspectiva de maximizar o lucro, com condições estruturais precárias e condições assistenciais degradantes (Paulin e Turato, 2004).

Destarte, devido ao déficit financeiro da política previdenciária e às fraudes nas contas hospitalares, buscou-se estabelecer soluções saneadoras para a situação caótica do sistema hospitalar (Escorel, 2012). Ademais, a limitada atuação do Ministério da Saúde e a desassistência crônica geraram severas consequências negativas à saúde da população. Ante esta realidade, amadureceram-se críticas ao modelo privatista/asilar excludente, que posteriormente culminariam na busca por novas perspectivas para o cuidado em saúde mental (Paulin e Turato, 2004).

3.1.3 Origem da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1978-1984)

Este período envolve a luta para a redemocratização do país e a busca por reestruturação do sistema de saúde e pela transformação dos cuidados em saúde mental. O esgotamento do modelo econômico e as mobilizações por melhores condições de vida e saúde impulsionaram o Movimento de Reforma Sanitária (MRS). Nesse contexto, ocorreu a gênese da RPB. Assim, as críticas sobre as práticas violentas e excludentes dos hospitais psiquiátricos avançaram para o posicionamento ético-político essencialmente Antimanicomial (Tenório, 2002). O período encerra-se com o enfraquecimento do regime autoritário, início da abertura política e com a disseminação dos ideais da RPB.

A secundarização das políticas de proteção social e a atuação do Estado voltada, prioritariamente, para satisfazer os interesses do capital lucrativo resultaram, em meados da década de 1970, na crise do setor saúde (Escorel, 2012), com consequências igualmente negativas ao campo da saúde mental (Messas, 2008). Diante disso, em 1978, jovens psiquiatras do Rio de Janeiro denunciaram publicamente as condições desumanas de tratamento ofertadas nos hospitais psiquiátricos. Em seguida, profissionais da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) deflagraram greve, o que culminou na demissão de 260 pessoas que trabalhavam nas instituições e na publicização midiática da realidade iatrogênica e violenta no interior dos manicômios (Amarante, 2013).

A partir daí, criou-se o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que atingiu âmbito nacional e se destacou por criticar os saberes e práticas da psiquiatria tradicional, propor o modelo antimanicomial e introduzir a ideia de Reforma Psiquiátrica nas políticas públicas (Paulin e Turato, 2004).

No mesmo ano ocorreram o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições e o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria. O primeiro contou com a participação de importantes expoentes da Reforma Psiquiátrica Internacional que influenciaram o processo de Reforma no Brasil e o segundo contribuiu para o fortalecimento nacional do MTSM. Em 1979, ocorreu o III Congresso Mineiro de Psiquiatria. Na ocasião, após visita ao hospital de Barbacena, Franco Basaglia deflagrou denúncias sobre o cuidado em saúde mental no Brasil que geraram forte impacto e visibilidade à temática (Amarante, 2013).

Cabe pontuar que o MRS exerceu forte influência para a RPB, em especial no debate da inter-relação entre política, economia e condições de saúde. Nos anos de 1980, os Movimentos da

Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica ganharam corpo no seio da sociedade brasileira e conquistaram espaços discursivos e novos adeptos na luta pela redemocratização, transformação da realidade sanitária e mudança no modelo de saúde mental (Yasui, 2010). Apesar de existirem divergências entre os movimentos, ambos concebiam a saúde como elemento central e dotado de potencial revolucionário para obtenção de transformações na sociedade (Brasil, 2005).

3.1.4 Redemocratização, criação do Sistema Único de Saúde e ascensão da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1984-1990)

Este foi um curto e intenso período nas transformações da realidade sociopolítica, do setor saúde e da saúde mental do país. Consistiu no processo de redemocratização, de criação do SUS e de consolidação das críticas à cultura manicomial. Nesse período, iniciou-se a mudança do modelo de atenção em saúde mental a partir da substituição da estrutura hospitalocêntrica por serviços diversificados, abertos e territoriais, com o propósito de incluir os sujeitos em sofrimento mental no seio comunitário (Brasil, 2005; Pitta, 2011).

No âmbito do setor saúde ocorreram a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986; a promulgação da Constituição, em 1988, com o estabelecimento da saúde enquanto direito de cidadania e dever do Estado; e a regulamentação do SUS por meio das Leis 8080/90 e 8142/90 (Paim et al., 2011).

No campo da saúde mental, intensificaram-se mobilizações em prol da reformulação do cuidado prestado. Como desdobramento da 8ª CNS, foi realizada, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), considerada um marco para as políticas do setor. Foi o primeiro evento nacional a reunir os diversos atores envolvidos com a temática (Yasui, 2010). A partir da I CNSM, o debate relacionado à saúde mental ganhou maior visibilidade e ocupou espaços sociais, acadêmicos e políticos. No mesmo ano, ocorreu o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, instituiu-se o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial e adotou-se o lema ‘Por uma sociedade sem manicômios’ (Brasil, 2005). Ainda neste congresso, foram geradas as bases para que o MTSM se tornasse Movimento da Luta Antimanicomial, que englobou, além dos profissionais de saúde mental, usuários e familiares dos serviços e membros da sociedade atravessados pela temática (Pitta, 2011).

Para além dos ideais sanitaristas, buscou-se desconstruir as concepções e práticas hegemônicas relacionadas ao sofrimento mental, tanto no interior dos serviços quanto na sociedade,

dando início ao constructo de desinstitucionalização e ao modelo psicossocial. Ademais, almejava-se que, concomitante à ampliação do acesso ao cuidado, fosse rompida a tríade hegemônica emergência-ambulatório-hospital e se desenvolvesse diferentes tecnologias de cuidado que contemplassem às necessidades e singularidades dos sujeitos em questão, a partir de uma lógica territorial e interdisciplinar (Delgado, 2019).

Como iniciativas de transformação do modelo de cuidado foi inaugurado, em 1987, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, o CAPS Luiz Cerqueira. Em 1989, a prefeitura de Santos fechou a Clínica Anchieta, marcada por fazeres violentos e segregadores e criou uma rede de serviços de cuidado denominados substitutivos ao hospital psiquiátrico, dentre eles os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Tais experiências foram consideradas marcos inaugurais no cuidado desinstitucionalizante e, posteriormente, foram expandidas para outros estados e municípios, ainda que em movimentos descontínuos (Amarante e Nunes, 2018).

Em 1989, Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei nº 3657/1989 que versava acerca da extinção dos manicômios e substituição destes por serviços de base comunitária, além de alvidrar sobre a regulação da internação psiquiátrica involuntária (Amarante e Nunes, 2018). Propor o fechamento dos Hospitais Psiquiátricos desencadeou intensos debates que perpassavam pelas condutas éticas ante o sofrimento mental e pelo lugar destinado a esta condição na sociedade. Demarcou-se ainda, a luta da RPB por transformações no arcabouço jurídico e normativo (Brasil, 2005).

3.1.5 Implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1990-2000)

De acordo com Pitta (2011), a década de 1990 marca o desenvolvimento da RPB enquanto política pública consentida. Em 1990, o Brasil vivenciava a liberalização dos mercados, ajuste macroeconômico e reforma do aparelho estatal (Machado, Lima e Baptista, 2017). No âmbito da saúde, as principais ações foram a descentralização da gestão para estados e municípios e a criação do Programa de Saúde da Família para a estruturação da Atenção Primária à Saúde (Paim et al., 2011). No campo da saúde mental, contatou-se o fortalecimento e a solidificação dos ideais da RPB, com a instauração de novo olhar relacionado à psiquiatria e às possibilidades assistenciais, bem como a promulgação de leis e atos normativos que instituíram novos dispositivos de cuidado.

Com a divulgação da declaração de Caracas e a criação da Coordenação de Saúde Mental, em 1991, desenvolveram-se ações estruturais para a substituição do cuidado hospitalocêntrico para

os serviços comunitários. Os NAPS e os CAPS foram instituídos nacionalmente e tiveram o funcionamento regulamentado a partir da publicação das portarias 189/91 e 224/92, com o redirecionamento de recursos públicos para estas novas unidades (Tenório, 2002).

Em 2000, foram instituídos os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) (Brasil, 2017a). A cada transferência para SRT, preconiza-se reduzir ou descredenciar o mesmo número de leitos psiquiátricos de modo que os recursos financeiros pudessem ser realocados (BRASIL, 2017a). De acordo com Pitta (2011), os novos mecanismos assistenciais não objetivavam o desmonte da rede hospitalar, mas, sobretudo, a substituição do modelo vigente.

Em 1992, ocorreu a II CNSM com importante participação dos usuários e familiares (Brasil, 2005). Dentre as principais recomendações desta conferência destacam-se: o favorecimento da lógica territorial, a responsabilização do cuidado, a atenção integral e a municipalização. Vale destacar que tais diretrizes influenciaram fortemente a reestruturação do modelo de atenção em saúde mental no país. Em 1993, ocorreu o I Encontro do Movimento da Luta Antimanicomial, que marcou o fortalecimento do movimento (Amarante e Nunes, 2018).

Ao final deste período, evidenciou-se a redução de leitos hospitalares; aumento de serviços substitutivos e mobilizações para delinear ações de cuidado com base na universalidade, acessibilidade e orientadas para a comunidade (Pitta, 2011). Apesar da inegável importância do crescimento dos serviços substitutivos, o baixo financiamento para estes serviços e a expansão insuficiente frente às necessidades do sistema público de saúde mostrou-se como desafio a ser superado (Brasil, 2005; Tenório, 2002).

3.1.6 Avanços institucionais da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2001-2016)

Este período caracteriza-se pela criação de dispositivos institucionais e pelo avanço de mecanismos legais consoantes aos pressupostos da RPB. O principal marco foi a promulgação da Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001), proposta por Paulo Delgado, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, após onze anos de tramitação no Congresso. Apesar de menos incisiva do que o Projeto de Lei original, que preconizava a extinção dos hospitais psiquiátricos, impulsionou a mudança do modelo de atenção em saúde mental direcionando-o ao cuidado em meio comunitário (BRASIL, 2001). Ainda em 2001, ocorreu a III CNSM, que contou com a efetiva participação de usuários e familiares, na discussão e construção das políticas de saúde mental (Amarante e Nunes, 2018).

Os anos que se sucederam foram marcados por progressos no campo legal e ampliação dos serviços extra hospitalares. Em 2002, foi reestruturado e ampliado o atendimento psicossocial, além da criação de diferentes modalidades de CAPS. Em 2003, criou-se o programa “De volta para casa” para ressocialização de pacientes vítimas de internações de longa permanência. Em 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), atualmente Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), para realizar, dentre outras atribuições, apoio matricial em saúde mental às Equipes de Saúde da Família (Brasil, 2017a).

Após pressões de movimentos sociais ocorreu, em 2010, a IV CNSM- Intersetorial. Além da abordagem dos aspectos inerentes à Saúde Mental, essa conferência destacou-se por agregar a luta por uma sociedade menos desigual e por melhores condições de vida dos sujeitos em sofrimento mental (Andrade e Maluf, 2017; Delgado, 2019).

Outro marco do período foi a criação da RAPS, em 2011 (Brasil, 2017a). Com a Rede, vislumbra-se garantir e ampliar o acesso da população ao cuidado em saúde mental, bem como articular os diversos pontos de atenção para o acompanhamento longitudinal e garantia do cuidado integral. A partir da RAPS, demarcou-se a valorização do caráter territorializado e comunitário do cuidado.

Diante desse contexto, ocorreram mudanças qualitativas na assistência prestada e considerável expansão dos serviços substitutivos e das ações de cultura e ocupação dos espaços públicos (Amarante e Torre, 2017). Todavia, importante refletir que as mudanças institucionais e legais não foram suficientes para gerar completa ruptura do modelo psiquiátrico anterior (Alverga e Dimenstein, 2006). Assim, as instituições assistenciais passaram a conviver simultaneamente com práticas biomédicas tradicionais e com práticas inovadoras e emancipatórias em saúde mental (Lima e Gonçalves, 2020).

O período encerra-se em 2016, com quadro de crise econômica, política e moral no país, acompanhado pela instabilidade política e institucional (Machado, Lima e Baptista, 2017) e a ascensão de grupos conservadores e ultraliberais. Disseminou-se uma lógica retrógrada às propagadas pela RPB, o que deu início ao processo de desmonte da linha de cuidado que vinha se consolidando e apontou para importantes retrocessos neste campo de cuidado (Delgado, 2019).

3.1.7 Retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2016- 2019)

Este período é marcado por intensas modificações na política de Saúde Mental e na política de drogas, que vão na contramão dos ideais defendidos pela RPB. A partir de 2016, com o impeachment da presidenta Dilma Rousseff e a ocupação de grupos conservadores no governo federal ocorreram novos arranjos institucionais, que deferiram a redução de direitos constitucionais e do papel do Estado frente às políticas públicas (Machado, Lima e Baptista, 2017). Em 2019, houve a assunção da extrema direita, que tem se utilizado de agenda ultraliberal e fomentado programas de austeridade fiscal e severos cortes nas políticas sociais.

No âmbito macroeconômico, a medida de principal impacto foi aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95/2016, que estabeleceu limites de teto de gastos das despesas primárias por até vinte anos (Onocko-Campos et al., 2018). Esta medida acarretará em expressivas perdas financeiras para o SUS e limitará o desenvolvimento das políticas sociais. Cabe pontuar que fatores como pobreza extrema, desemprego, violência e ruptura com os laços sociais estão intimamente relacionados ao aumento dos casos de sofrimento mental (Santos e Vieira, 2018).

A partir de 2016, intensificaram-se as discussões pró-manicomiais, com vistas a reordenar a política de saúde mental. Neste sentido, desencadearam-se mudanças institucionais a partir de aprovação de um novo arcabouço legal que reorganiza a estrutura da rede e o cuidado desenvolvido pelas unidades integrantes da RAPS.

Em 2017, entraram em vigor a Resolução nº 32 (Brasil, 2017c) e a Portaria nº 3.588 (Brasil, 2017b) que promoveram mudanças na PNSM. Dentre as principais alterações, vale destacar a inserção do hospital psiquiátrico à RAPS, a recriação dos hospitais dia e dos ambulatorios, o aumento do financiamento para instituições hospitalares especializadas e o incentivo às Comunidades Terapêuticas (Brasil, 2017b; Brasil, 2017c). Tais medidas favorecem a desconfiguração dos princípios organizativos da RAPS, com importantes retrocessos nos avanços alcançados pela RPB e geram riscos de subfinanciamento dos serviços extra-hospitalares e desestímulo ao fechamento dos hospitais psiquiátricos.

Em 2018, a Resolução nº 1 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) deferiu novas diretrizes para esta política, alinhada à nova PNSM (Brasil, 2018). Posteriormente, o Decreto nº 9.761, de 2019, que aprovou a nova Política Nacional Sobre Drogas, assumiu posição expressamente contrária à legalização das drogas, preconizou o fortalecimento e a transferência de

recursos públicos para as comunidades terapêuticas e introduziu o foco do cuidado na abstinência do uso e não mais na redução de danos (Brasil, 2019a).

Aponta-se para o risco de retomar o modelo de cuidado centrado prioritariamente na doença que desconsidera a multicausalidade associada ao uso destas substâncias. Pondera-se que as bases das comunidades terapêuticas vão na contramão das propostas da RPB, que preconiza a produção de autonomia e liberdade, bem como o desenvolvimento de estratégias de cuidado no seio comunitário e com centralidade nas necessidades dos sujeitos. De maneira inversa, a nova política de drogas utiliza-se dos ideais proibicionistas e adota a internação, a abstinência e a repressão como modalidades de prioritárias de cuidado (Duarte, 2013).

Em fevereiro de 2019, o Ministério da Saúde lançou a Nota Técnica nº 11 que condensou as principais mudanças legais no âmbito da nova PNSM (Brasil, 2019b). Constou na nota a possibilidade de financiar a compra de aparelhos de Eletroconvulsoterapia (ECT) para o uso no SUS e instituiu ainda a possibilidade de internação de crianças e adolescentes em Unidades Psiquiátricas. Diante das polêmicas geradas e das fortes críticas sociais, a mesma foi retirada de circulação.

Na sequência das mudanças ocorridas, em julho de 2019 a promulgação do Decreto nº 9.926 reconfigurou a composição do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (Brasil, 2019c). A nova reordenação retirou a participação da sociedade civil da composição deste conselho. Instituições como os Conselhos Federais de Psicologia, de Medicina, de Enfermagem e de Assistência Social e a Ordem dos Advogados do Brasil, dentre outros, perderam representação neste fórum. Estas ações configuram-se em retrocessos relacionados ao controle social, bem como o enfraquecimento de posições técnicas e sociais de grupos de interesse relacionados à temática.

Neste sentido, Delgado (2019) refere que a consciência crítica acerca do atual momento vivenciado; o combate à construção de um SUS mínimo; a defesa intransigente de projetos de bem-estar-social e de distribuição de renda; bem como a mobilização dos diversos atores envolvidos na defesa do cuidado Psicossocial, se fazem instrumentos necessários ante à conjuntura atual. Entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco, 2019) posicionaram-se contrários às alterações e manifestaram defesa ao processo de desinstitucionalização. Referem que a luta da Reforma Psiquiátrica é a luta por cidadania e o cuidado em saúde mental deve ser, necessariamente, territorial e substitutivo. Substitutivo às práticas que tamponavam e velavam a miséria, a violência e o descaso do governo com os sujeitos em sofrimento mental.

Quadro 1- Características dos períodos da atenção em Saúde Mental no Brasil, 1841-2019.

Período histórico	Contextos econômico, social e político	Organização do sistema de saúde	Característica da atenção em saúde mental
Institucionalização da saúde mental (1841-1964)	<ul style="list-style-type: none"> • Período imperial • Proclamação da República (1889) • Urbanização e industrialização • Estado novo, período Vargas (1930-1945) • Instabilidade democrática (1945-1964) 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo higienista de cuidado em saúde • Fragmentação institucional entre Medicina Previdenciária e Saúde Pública 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado central no hospital e no encarceramento • Ascensão da psiquiatria científica (após 1889) • Preconização de desinternação progressiva (1961)
Autoritarismo e privatização da saúde mental (1964-1978)	<ul style="list-style-type: none"> • Regime autoritário • Desenvolvimentismo econômico concentrador de renda • Centralização administrativa • Redução de gastos com políticas sociais e submissão aos interesses do capital privado 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de atenção centrado na assistência hospitalar e no setor privado • Intensificação da dicotomia entre Medicina Previdenciária e Saúde Pública • Agravamento das condições de saúde e desassistência 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado central no hospital e no encarceramento • Privatização e Indústria da loucura • Hospitais psiquiátricos superlotados, com serviços de má qualidade e iatrogênicos
(Continua) Origem da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1978-1984)	<ul style="list-style-type: none"> • Esgotamento do modelo econômico • Mobilização social pela redemocratização 	<ul style="list-style-type: none"> • Movimento da Reforma Sanitária Brasileira • Defesa da saúde como direito • Ações e programas de ampliação da cobertura (AIS, Plano CONASP). 	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do MTSM e “Crise da DINSAM” • I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e instituições; o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (1978) • III Congresso Mineiro de Psiquiatria (1979)] • Forte crítica ao modelo asilar, à violência institucionalizada e à privatização da assistência. • Fortalecimento do movimento da RPB.
Redemocratização , criação do SUS e ascensão da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1984-1990)	<ul style="list-style-type: none"> • Fim do regime autoritário • Crise econômica e hiperinflação • Assembleia Nacional Constituinte (1988) 	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde incluída na pauta política • VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) • Criação do SUS (1988) 	<ul style="list-style-type: none"> • I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) • II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental e criação do Movimento

		<ul style="list-style-type: none"> • Lei Orgânica da Saúde (Leis 8090/1990 e 8142/1990) 	<p>Nacional da Luta Antimanicomial (1987)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Experiências exitosas de desinstitucionalização e novos modelos de atenção em saúde mental (1987-1989).
Implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1990-2000)	<ul style="list-style-type: none"> • Governo Collor (liberalização do mercado) • Ajuste macro econômico e Plano Real • Reforma do Estado 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação do SUS. • Descentralização da gestão em saúde • Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde, com a criação do PACS e PSF 	<ul style="list-style-type: none"> • Criação da coordenação de Saúde Mental (1991) • II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) • Reformulação do arcabouço normativo da Saúde mental • Difusão de nova mentalidade e formas de cuidar em saúde mental • Criação do CAPS e mecanismos substitutivos
Avanços institucionais da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2001-2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Governo do Partido dos Trabalhadores (2003-2016) • Valorização das políticas sociais e de distribuição de renda 	<ul style="list-style-type: none"> • Ascensão dos sanitaristas ao comando do Ministério da Saúde • Coordenação de Saúde Mental conduzida por defensores da Reforma Psiquiátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Lei da Reforma Psiquiátrica e criação da RAPS • Arcabouço legal e normativo para a desinstitucionalização • Expressiva redução de leitos em hospitais psiquiátricos; • III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) • IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010)
Retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2016-2019)	<ul style="list-style-type: none"> • Impeachment da presidente Dilma Rousseff (2016) • Ocupação do governo por setores conservadores (2016-2018) • Priorização e intensificação dos programas de austeridade fiscal e ajuste macro econômico. • Eleição da extrema direita e agenda ultraliberal (2019) 	<ul style="list-style-type: none"> • Emenda Constitucional 95 • Restrição Orçamentária ao SUS • Valorização do setor privado para prestação da assistência à saúde • Restrição da Participação Social 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovação da nova PNSM • Inserção dos Hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas na RAPS • Aumento do incentivo financeiro para internações • Proposta de retomada da eletroconvulsoterapia no sistema público • Nova Política Nacional sobre Drogas

			<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimento e financiamento para Comunidades Terapêuticas e foco na abstinência • Retirada da sociedade civil na composição do Conselho Nacional Sobre Drogas
--	--	--	---

Fonte: Elaborado pelos autores

3.2 Desinstitucionalização enquanto ideia/conceito polissêmico

No contexto mundial, o sofrimento mental sempre esteve associado aos processos de exclusão e estigmatização (Whitley, 2012). À medida em que o isolamento social se afirmava como imperativo terapêutico e a periculosidade como característica inerente à loucura, fortalecia-se o lugar do hospital psiquiátrico como única instituição adequada ao tratamento das pessoas com doença mental. A vida nestas instituições totais era marcada por relações autoritárias, violentas e de controle, bem como por processos de des-historização, negação de direitos e destituição subjetiva (Martinhago e Oliveira, 2015).

Após as duas grandes guerras mundiais e com o advento dos psicotrópicos e da psicanálise, instaurou-se um clima social que desencadeou no questionamento, em diversos países, das práticas manicomiais para o cuidado à loucura (Lima, 2018). As características socioeconômicas e políticas, bem como as diversas conformações dos sistemas de saúde, determinaram o surgimento de múltiplos movimentos de reformas psiquiátricas e subsidiaram diferentes propostas de desinstitucionalização (Yasui, 2010). Assim, o conceito de desinstitucionalização configura-se como termo polissêmico com diferentes fundamentos epistemológicos e práticas assistenciais (Rotelli, Leonardis e Mauri, 1990).

Ao analisar o cenário internacional, Amarante (2013) considera três principais grupos de experiências de reformas psiquiátricas: a Psicoterapia Institucional e a Comunidade Terapêutica; a Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Comunitária; e a Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática.

O primeiro grupo envolve duas experiências que reconheciam a violência e a inefetividade do tratamento dos manicômios, todavia defendiam que o fracasso estava na abordagem dispensada pelo hospital. Desta forma, almejavam produzir mudanças no interior da instituição para que se tornasse, de fato, terapêutica (Amarante, 2013). A Psicoterapia Institucional, originada na França

em 1940, e as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, em 1959, continham em comum o ideal de democratização e de horizontalização das relações entre pacientes e profissionais, bem como a utilização do potencial dos próprios pacientes no processo terapêutico (Desviat, 2015).

A Psicoterapia Institucional propõe a transformação do hospital psiquiátrico de dentro para fora. De modo que, a partir do acolhimento e escuta, flexibilização e horizontalização dos papéis e “escuta polifônica” da instituição, possa se constituir enquanto *locus* de tratamento digno e de promoção e troca de tecido de vida (Vertzman; Cavalcanti; Serpa, 1992).

As modificações propostas objetivavam proporcionar a humanização dos hospitais psiquiátricos, todavia não propuseram o trabalho externo à estas instituições (Desviat, 2015). Neste sentido, não se pode falar em desinstitucionalização nem tampouco de desospitalização, pois não se questionava a existência dos hospitais psiquiátricos como *locus* prioritário de tratamento, nem o conceito de doença mental e sua relação com a sociedade.

O segundo grupo, composto pela Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva, caracteriza-se pelas primeiras abordagens de desinstitucionalização em saúde mental (Amarante, 2013). A Psiquiatria de setor, nascida na França, apontava a necessidade de abordagem fora do contexto hospitalar. Assim, foram criadas unidades de saúde mental nos setores territoriais. A psiquiatria preventiva, surgiu nos Estados Unidos, com o Governo Kennedy em 1963, sustentado pelos ideais de Saúde Mental Comunitária. Criticava o sistema psiquiátrico hospitalocêntrico e as condições precárias a que os sujeitos eram submetidos (Desviat, 2015). Dessa forma, objetivava a prevenção do adoecimento mental e o tratamento desenvolvido em serviços comunitários.

Tal abordagem, constitui-se em desinstitucionalização como desospitalização, visto que desenvolve a crítica ao sistema psiquiátrico centrado no hospital, mas não à natureza do saber psiquiátrico em si (Martinhago e Oliveira, 2015). De acordo com Rotelli et al (1990), essa geração de reformas embora tenha possibilitado a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, desencadeou em processo de transinstitucionalização para outros serviços, além do abandono de importante parcela da população. Pode-se considerar a desospitalização como importante avanço, porém limitado na perspectiva da saúde mental emancipadora.

O terceiro grupo deu início ao rompimento com o paradigma psiquiátrico tradicional e fundamenta-se na ideia de desinstitucionalização como desconstrução (Amarante, 2013). A antipsiquiatria e psiquiatria democrática questionam o modelo científico psiquiátrico e o fazer das instituições assistenciais (Whitley, 2012). A antipsiquiatria propõe-se como antítese do marco

teórico conceitual da psiquiatria tradicional ao defender a indissociabilidade entre adoecimento, sujeito e relações sociais. Considera a pessoa com sofrimento mental como cidadão e busca devolver a este o lugar de sujeito ativo de sua história e também (re)construir a vida no seio social que valide as diferentes formas de existência (Rotelli, Leonardis e Mauri, 1990).

A psiquiatria democrática italiana é a mais expressiva experiência desse modelo. Compreende um processo de desinstitucionalização que transcende o mero dismantelamento do hospital psiquiátrico. Busca, sobretudo, a desconstrução da cultura manicomial em que as pessoas em sofrimento mental ocupam o lugar de objeto passivo de práticas médicas (Mezzina, 2018). Para tanto, foi criada uma nova forma de organização de serviços, em meio aberto e comunitário, para produzir cuidado e ao mesmo tempo promover novas formas de sociabilidade e subjetivação. Adotou-se a expressão de serviços substitutivos para marcar o caráter de superação das instituições manicomiais e não apenas a existências de serviços paralelos ou alternativos (Desviat, 2015).

No Brasil, o movimento de Psicoterapia Institucional influenciou o estabelecimento do modelo de clínica institucional desenvolvida pelos CAPS (Goldberg, 1994). Por sua vez, a reforma psiquiátrica italiana exerceu preponderante influência na conformação dos marcos conceituais e epistemológicos da RPB. A imagem objetivo da desinstitucionalização no Brasil demandou, para além do fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos, a ruptura prático-teórica com os saberes hegemônicos. Desenvolveu-se novas conformações epistemológicas e assistenciais, de forma que o objeto de cuidado passasse da doença para a existência complexa do sujeito em sofrimento (Amarante, 2013).

Fernandes (2018), após revisão sistemática, conceituou doze tipologias do termo desinstitucionalização utilizadas no Brasil, que não necessariamente se relacionam de maneira consensual ou a partir de evolução linear. Essas tipologias podem ser agregadas em três grupos conceituais.

O primeiro deles agrega as conceituações que tratam a desinstitucionalização em sentido micro, referente apenas à substituição do cuidado hospitalocêntrico por serviços de base comunitária e territorial, com ampliação do leque de práticas. Neste grupo, o autor incluiu os tipos de Desinstitucionalização como: Atenção à pacientes institucionalizados; Alteração do modelo de assistência e prestação de serviços; e Reforma psiquiátrica.

O segundo grupo engloba as tipologias de Desinstitucionalização como: Diferenciação de desospitalização; Inserção Social; Desconstrução e construção de paradigmas; Cidadania; e partir

de Rotelli, que remete ao âmbito macro do conceito operacional de desinstitucionalização. Este grupo é composto pelas abordagens que contemplam a mudança do objeto de intervenção, com ação direcionada ao sujeito em sofrimento mental dentro de um contexto sociocultural e não à doença mental. Pressupõe, nesse sentido, alterações no estatuto jurídico que incorpore o direito à cidadania e à participação nas trocas sociais.

O terceiro grupo se constitui pelas tipologias de Desinstitucionalização como: Para além dos muros; Novas relações sociais para com a loucura; O indivíduo como sujeito da sua loucura; e Revolução. Essas perspectivas aglutinam as concepções que transcendem as anteriores e defende profundas mudanças na organização social, bem como desconstruções dos saberes hegemônicos para que o sofrimento mental possa ser acolhido e cuidado em sua diferença e compreendido enquanto expressão de existência.

Diante da polissemia do termo, foi evidenciada a necessidade de sintetizar os diversos elementos que envolvem o conceito/ideia de desinstitucionalização utilizado pela RPB. No Quadro 2, estão dispostas as principais características dos modelos manicomial e de desinstitucionalização. Observa-se que o processo de desinstitucionalização vai muito além do *locus* onde ocorre a intervenção. Envolve mudanças no fundamento epistemológico centrado no conceito ampliado de saúde e na integralidade. Outro destaque é o objeto da intervenção, que deixa de ser a doença mental e passa a ser a pessoa em sofrimento mental possuidor de subjetividades, desejos e perspectiva de vida singular. A lógica de atuação nega a violenta prática do encarceramento e busca a inclusão social e a promoção da cidadania.

Por sua vez, a negação do encarceramento guarda relação com a mudança do olhar da sociedade e da posição ocupada pela pessoa com doença mental, a qual deixa de ser vista como elemento perigoso e paciente para sujeito com autonomia e protagonista da própria saúde. Na perspectiva ampliada da desinstitucionalização, o saber médico mostra-se insuficiente para a abordagem integral, passando a incorporar os saberes de outras profissões da saúde, bem como a atuação conjunta com outros setores.

Como visto, a desinstitucionalização não se resume à transposição do tratamento do hospital para os serviços comunitários. Trata-se de mudança paradigmática que pressupõe transformações nas dimensões epistêmicas, assistências, culturais e legais (Amarante, 2013). Conforme expresso por Rotelli (1990), a imagem-objeto da desinstitucionalização ultrapassa a desospitalização e se pauta na ruptura com a racionalidade biomédica e com a abordagem tradicional da loucura.

Conforme ressalta o autor, a desinstitucionalização objetiva transformar os aparatos que se sustentam a partir da doença e da periculosidade enquanto objeto prioritário da psiquiatria e separado da existência concreta do sujeito na sociedade. Desse modo, apresenta que o objeto da saúde mental deve ser a existência-sofrimento do sujeito em um contexto social.

Quadro 2- Características dos modelos manicomial e de desinstitucionalização

	Modelo manicomial	Desinstitucionalização
Fundamento Epistemológico	Positivismo dualista que separa a doença mental da existência do sujeito	Abordagem ampliada de saúde e integralidade do sujeito e do cuidado
Lócus	Instituição total (manicômio)	Serviços de saúde e comunitários de base territorial
Lógica de atuação	Encarceramento e anulação histórica do sujeito	Inclusão social e cidadania
Objeto	Doença Mental	Pessoa em sofrimento e portadora de subjetividades
Objetivo	Cura/Reabilitação/Controle da Periculosidade	Cuidado ampliado e Integração social
Concepção sobre a pessoa com sofrimento mental	Periculosidade e desrazão	Autonomia
Posição da pessoa com sofrimento/ mental	Paciente objeto da intervenção	Sujeito protagonista de sua saúde e da própria história
Responsável pela intervenção	Médico Psiquiatra	Equipes de saúde e de apoio social

Fonte: elaboração própria

Cabe destacar que a abordagem manicomial repressiva pode ocorrer também em serviços comunitários e substitutivos. Alverga e Dimstein (2006) chamam a atenção que, muitas vezes, a direção do cuidado nos serviços substitutivos é atravessada por “desejos de manicômio”, com práticas de dominação, classificação, opressão e hierarquização do outro em sofrimento. Esta força independe da lógica de tempo-espço. Assim, faz-se necessário problematizar qual a direção de

cuidado tem se sustentado no tratamento destes sujeitos, bem como manter vigilância epistêmica para garantir que o processo de desinstitucionalização não se restrinja a meros reparos nos dispositivos de cuidado (Alverga e Dimenstein, 2006).

3.3 Avanços e Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira

O processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira ocorre em movimentos não lineares, marcados por avanços e retrocessos, bem como por tensionamentos nas disputas de poder. Não obstante aos desafios que ainda precisam ser enfrentados, diversos autores demonstram que ela alcançou avanços substanciais (Amarante e Nunes, 2018; Clementino et al., 2019; Lima, 2018; Onocko-Campos et al., 2018).

Dentre esses, destaca-se a reversão da centralidade do cuidado hospitalar *pari passu* à expansão da rede comunitária. A partir de 2006 houve expressiva redução de leitos psiquiátricos, ao tempo que aumentaram as ofertas de novas tecnologias de cuidado em meio aberto, que reivindicam a autonomia e cidadania dos sujeitos em sofrimento. Assim, o cenário brasileiro, em 2017 contava com cerca de 2.452 CAPS, 5.266 NASF-AB, 112 equipes de Consultório na Rua, 342 SRT e 1990 Leitos especializados em saúde mental em hospital geral (Fernandes, 2018). Estes dados refletem a intencionalidade para o fomento da cobertura dos serviços extra hospitalares, o que possibilita ofertar um novo modelo de cuidado pautado na lógica comunitária e territorial.

De acordo com Desviat (2015), a transição do cuidado para o meio comunitário requer, necessariamente, o expressivo aumento de verba para os serviços extra hospitalares. Assim, a ampliação do financiamento para estes serviços, ocorridos de maneira mais intensiva a partir de 2006, ainda que insuficiente, consiste em importante avanço para consolidação da RPB. Todavia, tal avanço encontra-se em risco à medida em que a nova PNSM prevê o repasse de parte do financiamento para os hospitais psiquiátricos e preconiza o aumento do pagamento para internações nos hospitais. Corre-se o risco do desmonte dos serviços substitutivos em nome de uma “nova” racionalidade científica.

Outro avanço a ser elencado foram nas transformações de paradigmas e de práticas assistenciais, com vistas a delinear novas concepções e intervenções em saúde mental consonantes aos pressupostos da desinstitucionalização. Expandiram-se, ainda, as experiências no campo de trabalho e da cultura, que são estratégicas para a transformação social por permitirem que o sujeito possa se expressar e existir a partir de outro lugar que não o da doença e da desrazão. Estes sujeitos,

até então objetos passivos de intervenções, passaram a assumir o protagonismo de suas histórias, ocuparam diferentes espaços da cidade e fortaleceram o exercício da participação social (Amarante e Torre, 2017).

Apesar destes expressivos avanços, a estigmatização social dos sujeitos em sofrimento mental e/ou com necessidades em decorrência do uso de substâncias psicoativas ainda é uma realidade a ser superada (Lima, 2018). Outrossim, a reprodução de práticas engessadas e burocratizadas, bem como a insuficiente articulação intra e intersetorial, também são aspectos a serem superados para a melhor efetivação do processo de reforma (Clementino et al., 2019)

Ademais, o fenômeno da hipermedicalização ainda se faz presente nos serviços substitutivos (Lima, 2018). De acordo com Andrade e Maluf (2017), a reificação do tratamento medicamentoso demarca relações assimétricas de poder ente profissionais e usuários e geram novas formas de controle. Não se trata de desqualificar a importância do uso do medicamento, mas sim da crítica aos movimentos de patologização da vida e perpetuação da lógica biologicista.

Neste sentido, apesar dos avanços qualitativos destacados, cabe pontuar que, de acordo com Lima (2018), a psiquiatria tradicional ainda é, em muitos cenários, a base organizativa e monopolizadora da atenção em saúde mental e, por vezes, os próprios serviços substitutivos assumem a função de controle e normatização de corpos. Desta forma, a crítica perpassa pelo movimento prioritariamente de reparo nos dispositivos de cuidado, de forma que a tentativa de ruptura real com a ideologia que sustenta o discurso psiquiátrico tradicional, se mantém em segundo plano. O autor defende a necessidade de ampliação do olhar para o funcionamento social de constante produção e reprodução da desigualdade instituída e do imperativo de incorporação dos grupos e sujeitos à lógica de consumo neoliberal.

Compreende-se que a RAPS, apesar dos inegáveis avanços, ainda não possui o alcance e a efetividade desejada para abarcar as complexas necessidades de cuidado em saúde mental. Todavia, ante às atuais mudanças na PNSM, é imprescindível o questionamento acerca do lugar da saúde mental na sociedade e da abordagem adequada para se alçar processos emancipatórios e desencadeadores de potências de vida. Portanto, faz-se imprescindível a defesa de uma rede composta por serviços e práticas opostos e substitutivos ao paradigma manicomial. Assim, é necessário que os serviços ofertados possam abarcar as necessidades dos usuários e que incluam desde o atendimento à crise, a promoção de potência subjetiva e de cidadania dentro da comunidade

e estratégias de geração de renda e de desenvolvimento cultural, sem lançar mão do hospital psiquiátrico como estratégia terapêutica.

Considerações Finais

Revisitar o percurso histórico acerca da institucionalização da saúde mental no Brasil, permite compreender que aceitar que os manicômios e as comunidades terapêuticas convivam ao lado dos serviços substitutivos é uma contradição que recoloca em cena o modelo de segregação, encarceramento e preconceito indo de encontro aos objetivos e princípios da RPB.

O movimento da Reforma Psiquiátrica ressoou para além do campo da saúde mental e articulou-se com os processos de democratização e participação social, na busca de transformação do sistema de saúde e da proteção social no país. A luta pela Reforma Psiquiátrica é também a luta pelo direito ao exercício da cidadania, por uma sociedade mais igualitária, pela horizontalização do poder em arenas de conflitos de interesses e pela ocupação de espaços públicos para que se torne audível e validada a voz daqueles que vivenciam a experiência do sofrimento mental.

Referências

- ALVERGA, Alex R. D.; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006.
- AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p. 2067-2074, 2018.
- AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo H. G. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu v. 21, n. 63, p. 763-774, 2017.
- ANDRADE, Ana P. M. D.; MALUF, Sônia W. Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.41, n. 112, p. 273-284, 2017.
- ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. *Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*, 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na->

politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/. Acesso em: 18 de maio.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 14 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 set. 2017a. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acesso em: 27 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 21 dez. 2017b. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 13 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CIT nº 32/2017, de 17 de dezembro de 2017. Estabelece Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 17 dez. 2017c. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_27593248_RESOLUCAO_N_32_DE_14_DE_DEZEMBRO.aspx>. Acesso em: 13 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça. Resolução 1 de 9 de março de 2018. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 9 mar. 2018. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_27624178_RESOLUCAO_N_1_DE_9_DE_MARCO_DE_2018.aspx>. Acesso em: 13 out. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 11 abr. 2019a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm>. Acesso em: 13 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota técnica nº 11*. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília:

Ministério da Saúde et al., 2019b. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 9.926 de 19 de julho de 2019. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. *República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 19 jul. 2019c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9926.htm>. Acesso em: 13 out. 2019.

CERQUEIRA, Luiz. *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu; 1984.

CLEMENTINO, Francisco S. et al. Atendimento integral e comunitário em saúde mental: Avanços e desafios da Reforma Psiquiátrica. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, e0017713, 2019.

DELGADO, Pedro. Reforma Psiquiátrica: Estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n.2, e0021241, 2019.

DESVIAT, Manuel. *A Reforma Psiquiátrica*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

DUARTE, Marco J.O. Saúde mental, drogas e direitos humanos: por intervenções cidadãs aos usuário de drogas em contexto de internação compulsória. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.37, n., p.39-48, 2013.

SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sarah, et al (Ed.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 323-365.

FERNANDES, Cristofthe J. *Reforma Psiquiátrica (im)possível? Estudo documental e analítico (2008 a 2017)* 137fl. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Ceará, 2018.

GOLDBERG, Jairo. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Editora Te Corá, 1994.

LIMA, Aluísio F. Os movimentos regressivos-progressivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: LIMA, A. F. (Ed.). *(Re)pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização*. 1 ed. Curitiba: Appris, 2018. p. 15-34.

LIMA, Marlene C.; GONCALVES, Tonantzin R. Apoio matricial como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, e0023266, 2020 .

MACHADO, Cristiani V.; LIMA, Luciana D.; BAPTISTA, Tatiana W. D. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e troços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, suppl.2, e00129616, 2017.

MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, Walter F. (Des) institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, vol. 24, n. 4, p. 1273-1284, 2015.

MESSAS, Guilherme P. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 65-98, 2008.

MEZZINA, Romezzin. Forty years of the Law 180: the aspirations of a great reform, its successes and continuing need. *Epidemiology and psychiatric sciences*, Cambridge, v. 27, n. 4, p. 336-345, 2018.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana T. et al. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 42, n. 18, e113, 2018.

PAIM, Jairnilson et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAULIN, Luiz F.; TURATO, Egiberto R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, 2004.

PITTA, Ana M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12 p. 4579-4589, 2011.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, Maria F.S.(Ed.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-60.
ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: NICÁCIO, Maria F.S. (Ed.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-100.

SANTOS, Isabela S.; VIEIRA, Fabiola S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2303-2314, 2018.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

VERTZMAN, J.; CAVALCANTI, M. T.; SERPA Jr, O. Psicoterapia institucional: uma revisão. In: BEZERRA JR, B. & P. AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992, p. 17-30.

WHITLEY, Rob. The antipsychiatry movement: dead, diminishing, or developing? *Psychiatric Services*, Washington, DC, v. 63, n. 10, p. 1039-1041, 2012.

YASUI, Silvio. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa tem como matriz principal a constante "desfamiliarização" de conceitos sociais tidos como naturais para que se possa compreender a experiência subjetiva dos sujeitos em questão (POPE; MAYS, 2009). Desta forma, é a partir do aprofundamento do conteúdo trazido pelos sujeitos da pesquisa, do reconhecimento do contexto histórico, sociocultural e intersubjetivo que atravessa os diversos discursos, bem como das contradições e conflitos existentes na linguagem, que o pesquisador qualitativo vai nortear sua investigação (MINAYO, 2012).

O estudo de caso, enquanto método de pesquisa, se debruça em compreender fenômenos estabelecidos entre o fenômeno e o contexto em questão. Há diversas possibilidades de "casos" e, os que são comumente estudados são: indivíduos, eventos, organizações e instituições. Neste sentido, compreende-se que o pesquisador que se propõe a trabalhar com este método é atravessado pelos questionamentos de como ou por quê determinado fenômeno ocorre, para que possa descrevê-lo profundamente, dentro de seu contexto social real (YIN, 2015).

Esta pesquisa consiste em investigação que pretendeu analisar de que forma tem ocorrido o processo de desinstitucionalização nos serviços constitutivos da Rede de Atenção Psicossocial de Vitória da Conquista. Desta forma, considera-se que a escolha pela pesquisa qualitativa e pelo estudo de caso permitem responder de maneira mais coerente aos objetivos delineados, já que a complexidade e diversidade de vivência dos sujeitos, convocam respostas aprofundadas e não passíveis de quantificação (MINAYO, 2012).

4.2 Campo de Estudo

Esta pesquisa foi realizada na Rede de Atenção Psicossocial de Vitória da Conquista. O município em questão está localizado no sudoeste da Bahia, a 519 km da capital e se constitui como terceiro maior município do Estado, com uma população estimada 338.885 habitantes (IBGE, 2019). Por sua localização próxima a diversas rodovias, recebe grande quantidade de migrantes. É considerado um importante centro econômico, educacional e de saúde (SOLLA, 2012). Em 2015, possuía PIB per capita de R\$ 18.589,99 e IDH de 0,678 (IBGE, 2019). Com relação à educação, conta com a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), um campus da Universidade

Federal da Bahia (UFBA), além de instituições de ensino superior privadas com diferentes cursos de graduação e pós-graduação (SOLLA, 2012).

Vitória da Conquista é o principal centro regional de saúde. É sede da Macrorregião e sede da Região de Saúde e considerada polo de referência em prestação de serviços de saúde para cidades do interior do estado e norte de Minas Gerais (SOLLA, 2012). Em 2009, de acordo com o IBGE (2019), o município contava com 238 estabelecimentos de saúde incorporados ao SUS. De acordo com Solla (2012), o processo de municipalização ocorreu a partir de 1999, momento no qual assumiu a gestão plena do Sistema Municipal da Saúde.

No que tange ao cuidado em saúde mental, Vitória da Conquista possui uma rede de atenção psicossocial composta por: Unidade Básica de Saúde, Equipes de Estratégia de Saúde da Família, NASF-AB, Consultório na Rua, Ambulatórios especializados, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), hospitais e leitos especializados em saúde mental no hospital Crescêncio Silveira, que se configura como um anexo do Hospital Geral de Vitória da Conquista (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2018), conforme descrito na Tabela 1.

Além das unidades integrantes da RAPS, há também outros serviços de organizações sociais e comunitárias que prestam apoio à saúde mental, a exemplo das comunidades terapêuticas. No município estudado existem algumas comunidades terapêuticas que atuam com usuários de substâncias psicoativas, todavia apenas a Comunidade Terapêutica Fazenda Vida e Esperança (COTEFAVE) é habilitada pela Secretaria de Justiça Cidadania e Direitos Humanos- BA (COTEFAVE, 2018).

Cabe pontuar que em 2017, o hospital psiquiátrico estadual Afrânio Peixoto encerrou as atividades enquanto hospital psiquiátrico. As atividades desenvolvidas neste hospital, como as internações psiquiátricas e os serviços ambulatoriais em psiquiatria, foram transferidas para o Hospital Crescêncio Silveira, anexo do Hospital Geral de Vitória da Conquista, que também possui leitos de enfermagem de clínica médica e é instituição integrante do Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2018).

Trata-se de um movimento realizado pelo estado da Bahia que envolve o propósito de fechamento dos últimos hospitais psiquiátricos existentes. A justificativa do fechamento se deu em decorrência das instituições não terem alcançado a nota mínima exigida para seu credenciamento. O processo gerou uma série de mobilizações de grupos favoráveis e desfavoráveis ao fechamento.

Entidades como Associação de Psiquiatria da Bahia, Associação de Apoio e Familiares, Amigos e Pacientes com Transtornos mentais, além de outros profissionais, usuários e familiares, se posicionaram de maneira contrária ao fechamento sob alegação de desassistência e/ou da importância da existência do hospital psiquiátrico. Por outro lado, a FrenteRAPS composta por profissionais, acadêmicos e usuários dos serviços e a Associação Metamorfose Ambulante, reconhecida por participação ativa de usuários e familiares, se colocaram em defesa do fechamento responsável do hospital psiquiátrico, com fortalecimento e ampliação da RAPS (NUNES et al., 2019)

Tabela 1: Descrição dos serviços disponíveis na Rede de Atenção Psicossocial de Vitória da Conquista

	Serviço	Disponíveis no município
Atenção Primária	Unidade Básicas de Saúde	7 Unidades Básicas de Saúde
	Estratégia de Saúde da Família	45 equipes de estratégia de saúde da família
	Núcleo Ampliado de Saúde da Família Atenção Básica (NASF-AB)	5 equipes do NASF-AB
	Consultório na rua	1 Equipe de Consultório na Rua
Atenção psicossocial especializada	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	1 CAPS II; 1 CAPSia; 1 CAPSad III 1 CAPSad Regional (em construção)
	Unidades Ambulatoriais Especializadas	1 Ambulatório Estadual 1 Ambulatório Municipal
	Atenção de Urgência e Emergência	SAMU
Atenção Residencial de Caráter Transitório	UPA 24 horas	1 UPA 24 horas
	Portas hospitalares	3 hospitais
	Unidade de Acolhimento (UA)	1 UA adulto (suspensão temporariamente) 1 UA infantil (em construção)
Atenção Hospitalar	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental	1 Hospital Crescência Silveira
Estratégias de desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos	1 Residência Terapêutica (em construção)

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Vitória da Conquista (2018)

Para a presente pesquisa, foram analisados os principais serviços que prestam cuidado à saúde mental na zona urbana do município. Foi levado em consideração as instituições que realizavam prestação direta de cuidados em saúde mental. Todas as instituições elegíveis foram contatadas e aceitaram participar do estudo. Foram elas: um CAPS II, um CAPSia, um CAPSadIII, três Núcleos Ampliado de Saúde da Família-AB (NASF-AB) instalados na zona urbana, três Equipes de Saúde da Família vinculadas a esses NASF-AB, Equipe de Consultório na Rua, o Hospital Crescêncio Silveira, integrante do Complexo do Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC) que conta com um ambulatório especializado estadual e leitos especializados em saúde mental. A não inclusão do SAMU ocorreu em decorrência da inviabilidade operacional de deslocamento junto com o serviço de urgência para o atendimento aos casos de crise

4.3 Fontes de Informação

O material foi produzido a partir de uma triangulação de técnicas, que consistiu na utilização de entrevistas semiestruturadas e observação participante durante os meses de Julho a Dezembro de 2019, além de consulta a dados secundários no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e e-gestor Atenção Básica.

A entrevista é uma técnica que se configura enquanto construção narrativa com vistas a tecer informações relacionadas a determinado tema de pesquisa. Envolve a interrelação entre o pesquisador e os sujeitos entrevistados e objetiva, por meio do depoimento, apreender a subjetividade deste último, a partir das suas experiências cotidianas, percepções e interpretações da realidade (MINAYO, 2013; POUPART, 2008). A modalidade semiestruturada de entrevista permite maior flexibilidade nas respostas, considerando que o sujeito entrevistado pode discorrer sobre suas experiências a partir de um eixo temático central. Ao mesmo tempo válida a participação do entrevistador, já que este último pode tecer novas perguntas no decorrer do encontro para explorar a temática abordada (MINAYO, 2013; DESLANDES; GOMES, 2004).

A escolha pelo instrumento se deu pelo reconhecimento da complexidade de fatores envolvidos no cuidado em saúde mental e em consideração às vivências e opiniões dos sujeitos entrevistados. Os roteiros de perguntas, disponíveis nos Apêndices A, B, C e D, foram elaborados em consonância com os objetivos delineados e com vistas a evitar desconforto emocional aos participantes. As entrevistas foram gravadas em aparelho de áudio digital e os sujeitos entrevistados

foram esclarecidos e assegurados acerca do sigilo e anonimato das respostas, bem como da possibilidade de abandonar a entrevista, caso desejarem.

Já a escolha pela observação participante se deu pela compreensão de que a técnica permite transcender as informações verbais, pois viabiliza o acesso à prática e seus conflitos, fluxos relacionais e as diferentes posturas assumidas pelos participantes da pesquisa (FLICK, 2009). Trata-se de um processo no qual o observador se coloca como parte do contexto observado para melhor compreender a realidade em questão, ao mesmo tempo em que modifica e é modificado por este contexto. Optou-se pela utilização da modalidade "observador-como-participante", na qual há uma observação sistemática das situações importantes para a pesquisa, com poucos momentos de participação nas atividades (MINAYO, 2013). Os serviços observados foram: CAPS IA; CAPS II, CAPS AD III, 3 eSF, ambulatório especializado estadual e leitos especializados em saúde mental no hospital geral, com duração total de 130 horas de observação. As notas de campo foram norteadas por roteiro disponível no Apêndice E e transcritas em um diário de campo. O roteiro buscou contemplar a estrutura física e aspectos organizacionais dos serviços, ao acesso dos usuários, modalidades ações de cuidado ofertadas, possibilidade de continuidade do cuidado, existência de articulação intra e intersetorial, promoção da autonomia e as relações estabelecidas entre os diversos atores e percepções do pesquisador.

4.4 Participantes do Estudo

O estudo foi composto por três grupos de participantes: gestores, profissionais e usuários, totalizando 33 participantes. Na Tabela 2 estão dispostos a relação dos participantes por tipo serviço. A seleção dos participantes foi definida por meio de uma amostra de conveniência, na qual buscou-se contemplar informantes estratégicos integrantes dos diversos serviços que compõem a RAPS.

No grupo de gestores, estão incluídos a coordenadora de saúde mental de Vitória da Conquista, bem como os coordenadores dos principais serviços que prestam assistência à saúde mental no município, a saber: os coordenadores dos CAPS II, CAPSia e CAPSad III; a diretora da atenção básica do município; o diretor do Hospital Geral de Vitória da Conquista e a Coordenadora do Hospital Crescêncio Silveira.

Com relação ao segundo grupo, foram entrevistados: profissionais dos CAPS II, CAPSia, CAPSad III; psicólogos dos NASF-AB da zona urbana; enfermeiros da Estratégia de Saúde da

Família apoiadas pelo NASF-AB; profissionais do Consultório na Rua; e profissionais do Hospital Crescência Silveira. Por fim, foram entrevistados um usuário do CAPS II, dois usuários do CAPSad III, um usuário do hospital Crescência Silveira e um usuário do NASF-AB/ESF.

Tabela 2- Participantes do estudo, rede de Atenção Psicossocial de Vitória da Conquista, 2019

Grupo	Serviço	Quantidade de participantes	Total
Gestores	Coordenação de Saúde Mental do município	1 coordenadora	01
	Direção da Atenção Básica do município	1 diretora	01
	CAPS II,	1 coordenador	01
	CAPS adIII	1 coordenador	01
	CAPA ia	1 coordenador	01
	Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista	1 diretor	01
	Hospital Crescência Silveira	1 coordenador do Crescência	01
Profissionais	CAPS II,	1 Enfermeiro; 1 Psicólogo; 1 Assistente social	03
	CAPS adIII	1 Enfermeiro; 1 Psicólogo; 1 Assistente Social; 1 Psiquiatra	04
	CAPS ia	1 Psicólogo; 1 Psiquiatra	02
	NASF-AB da zona urbana	1 psicólogo de cada NASF-AB	03
	Estratégia de Saúde da Família	1 enfermeiro apoiado por cada NASF-AB da zona urbana	03
	Consultório na Rua	1 Psicólogo; 1 Assistente Social	02
	Hospital Crescência Silveira	1 Enfermeiro; 1 Psicólogo; 1 Assistente Social; 1 Psiquiatra	04
Usuários	CAPS II	1 usuário	01
	CAPS adIII	2 usuários	02
	Estratégia de Saúde da Família/ NASF-AB	1 usuário	01
	Hospital Crescência Silveira	1 usuário	01
TOTAL			33

Os critérios de inclusão para os gestores e profissionais foram estabelecidos em função da posição que os participantes ocupam na RAPS. No caso dos profissionais, foi levado em consideração os sujeitos que prestavam assistência direta e contínua aos usuários. Ademais, buscou-se contemplar as diversas categorias de profissionais de saúde. Quanto aos gestores incluídos, foram considerados os que exerciam funções de gestão municipal de saúde e

coordenações dos CAPS e hospital. Os sujeitos foram abordados na própria instituição e convidados a participar da pesquisa após explanação acerca dos objetivos do estudo. Como critérios de exclusão desses dois grupos, foram considerados o tempo inferior a seis meses de atuação na função para profissionais e três meses para gestores.

Para os usuários, os critérios de inclusão são: ter mais de 18 anos; estar lúcido e orientado no momento da entrevista; e frequentar o a instituição há pelo menos seis meses. Os critérios de exclusão são ter parentesco com profissionais ou gestores da instituição.

4.5 Procedimentos Analíticos

Os materiais e informações obtidos foram analisados à luz da matriz analítica (Quadro 1). Esta foi desenvolvida com base do referencial teórico da desinstitucionalização, sustentado por importantes autores da Reforma Psiquiátrica Brasileira como Amarante (2013; 2016), Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) e Yasui (2010). O instrumento, composto por diferentes dimensões e subdimensões, objetivou sistematizar os principais parâmetros e indicadores que se conformam enquanto imagem-objetivo para o processo de desinstitucionalização em saúde mental.

O desenvolvimento da matriz analítica considerou que a produção do cuidado desinstitucionalizante apoia-se em quatro dimensões que se inter-relacionam, em movimentos de confluência e/ou, por vezes, antagonismo. A **dimensão Epistêmica e conceitual** relaciona-se às percepções e conformações discursivas acerca da experiência de sofrimento mental, que reservam diferentes lugares sociais e sustentam diferentes práticas de cuidado. A **dimensão Normativa e jurídico-legal** refere-se à existência de aparatos legais que norteiem a estrutura e as práticas de cuidado que serão ofertadas. Por sua vez, a **dimensão Práticas de cuidado** busca analisar se os fazeres cotidianos dos profissionais promovem autonomia, aumento da potência de vida e visam fortalecer o exercício da cidadania e da participação social. Por fim, a **dimensão Organizativa** volta-se para a estruturação da rede de atenção psicossocial, com identificação dos pontos de atenção em saúde mental e o estabelecimento de fluxos contínuos de cuidado, para garantia de cuidado integral e intersetorial.

Quadro 1- Matriz analítica do processo de desinstitucionalização em saúde mental.

DIMENSÕES	DESCRIÇÃO	Subdimensões
Epistêmica e conceitual	<p>Esteia uma compreensão ampliada de saúde e sofrimento mental, que reconheça a indissociabilidade entre corpo biológico e subjetivo; a complexidade e diversidade de fatores imbricados neste processo e valide as diversas formas de existir.</p> <p>Assim, objetiva-se que a desinstitucionalização se estabeleça como um processo que interfira diretamente no conceito de saúde, doença e cura, bem como fortaleça a desconstrução de pré conceitos e a produção de novas relações com o sofrimento mental. Por conseguinte, o cuidado deve ser compreendido enquanto potência para favorecer a qualidade de vida, a autonomia e a produção de subjetividade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concepção de sofrimento mental • Concepção de crise • Concepção sobre desinstitucionalização • Propósitos do cuidado em saúde mental
Normativa e jurídico-legal	<p>Requer a existência de aparatos legais que reconstruam as políticas, protocolos e diretrizes do cuidado em saúde mental no município, com a direcionalidade voltada para uma lógica desinstitucionalizante. Convoca a implicação dos diversos atores envolvidos no âmbito da saúde mental, bem como a responsabilização do Estado ante a construção de políticas públicas que fortaleçam o processo de desinstitucionalização em saúde mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organização da rede e estruturação do cuidado fundamentados em política municipal ou estadual de saúde mental • Existência de protocolos e rotinas orientadoras das práticas de cuidado e do processo de desinstitucionalização • Participação dos diversos atores na discussão e elaboração de normas e rotinas para o cuidado em saúde mental
Práticas de cuidado	<p>Consiste na construção de modelos assistenciais que respondam as demandas relacionadas à saúde mental, de maneira ética e emancipatória, com vistas a devolver o protagonismo aos sujeitos atendidos e reconhecê-los em sua cidadania e subjetividade. Demanda voltar-se para as multiplicidade de demandas que atravessam o usuário, por meio de uma oferta diversificada de estratégias assistenciais que não sejam definidas <i>a priori</i> nem se restrinjam apenas à remissão sintomatológica, mas que</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos e formas de acesso dos usuários aos serviços • Existência e práticas de acolhimento • Atendimento à crise • Acompanhamento familiar • Responsabilização e longitudinalidade do cuidado • Produção de autonomia • Estabelecimento e desenvolvimento de Projeto Terapêutico Singular, com pactuação de responsabilidades entre profissionais e serviços

(Continua)

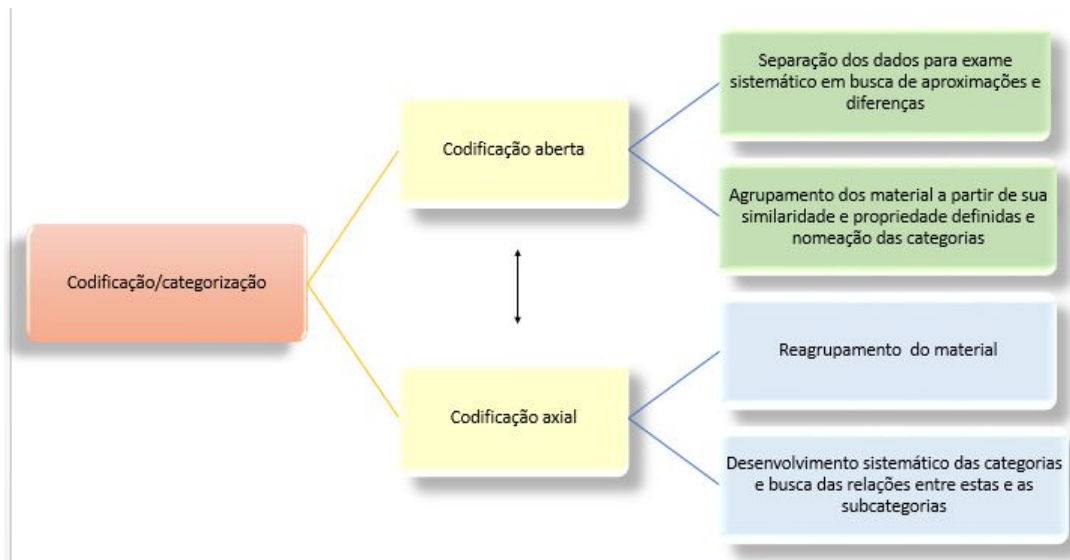
(Continuação) Quadro 1- Matriz analítica do processo de desinstitucionalização em saúde mental

	acolham suas necessidades, a partir da articulação entre os diversos saberes e do reconhecimento acerca da singularidade de cada caso.	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio Matricial • Diversidade de estratégias de cuidado (abordagens clínicas, oficinas, grupos, ações culturais, atividades de geração de renda, dentre outras) • Cuidado de base territorial
Organizativa da Rede de Atenção Psicossocial	Estabelecimento de uma rede de serviços que se interrelacione de maneira complementar e articulada, nos diversos níveis de atenção, para abarcar a complexidade das diversas demandas relacionadas ao processo de sofrimento mental. Consiste ainda, na responsabilização compartilhada do cuidado entre os serviços, para romper com o enrijecimento da lógica hierarquizada, piramidal e fragmentada e promover fluxos contínuos de cuidado, que garantam que o usuário tenha suas queixas acolhidas e atendidas e que fortaleçam sua existência no seio comunitário.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação dos serviços preconizados pela RAPS • Articulação do cuidado e o trabalho em rede nos serviços assistenciais • Articulação com segmentos da sociedade e de governo para o desenvolvimento da atenção intersetorial • Integralidade do cuidado

Fonte: Elaborada pelos autores com base em AMARANTE (2013; 2016); ROTELLI; LEONARDIS; MAURI. (1990); YASUI (2010).

As entrevistas gravadas foram transcritas de modo literal, com vistas a assegurar a fidedignidade das falas e considerar os silenciamentos ou mudanças de entonação. Os materiais obtidos nas entrevistas, observação participante e análise documental foram categorizados e codificados com base nos pressupostos de Strauss e Corbin (2008) e envolvem comparações constantes entre categorias, conceitos e fenômenos, conforme esquematizado na figura 1.

Figura 1- Esquematização do processo de codificação e categorização.



Fonte: Elaborada pelos autores com base em STRAUSS e CORBIN (2008).

Inicialmente, foi realizada a codificação aberta, que consiste no processo analítico de separar os dados para examiná-los de maneira rigorosa e sistemática em busca de aproximações e diferenças. A análise pode ocorrer linha a linha, frase a frase, ou pelo próprio documento. Os dados obtidos foram agrupados em uma lista de códigos e categorias. Em seguida, ocorreu o processo de conceituação para agrupar os dados obtidos a partir de sua similaridade e propriedades definidas e nomeá-las de forma que representem o fenômeno. Esta etapa demanda capacidade criativa e sensibilidade teórica para identificar, conceituar e compreender o que de fato é importante para a pesquisa. Este processo deu base e estrutura para construção da teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Após a definição das categorias, foi realizada a codificação axial, com o reagrupamento do material dividido no processo de codificação aberta. Consistiu desenvolver sistematicamente as categorias e buscar relações entre estas e as subcategorias, considerando os níveis de propriedade

e dimensional. A codificação em torno de uma categoria permitiu acrescentar profundidade e estrutura à mesma (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Cabe pontuar que as ações de codificação aberta e axial não ocorrem de maneira sequencial, mas sim de forma conjunta e natural: ao mesmo tempo que desenvolve-se as relações entre os conceitos, codifica-se as propriedades e dimensões (STRAUSS; CORBIN, 2008).

4.6 Aspectos Éticos

Para a construção do projeto de pesquisa, considerou-se os requisitos da resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, no que se refere à regulamentação ética da pesquisa com seres humanos. Todas as etapas da pesquisa foram planejadas com base nos pilares da bioética e com o intuito de fortalecer linhas de cuidado que garantam autonomia e cidadania aos usuários dos serviços de saúde mental.

Os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos e métodos da pesquisa para que pudessem tomar uma decisão consciente e livre. Em seguida, foi entregue uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F e G), que formaliza ao participante, o direito de interromper ou abandonar a pesquisa a qualquer momento, inclusive se houver algum desconforto. Ademais, cabe salientar que o anonimato e a confidencialidade dos dados foram garantidos durante todas as etapas da pesquisa.

O projeto foi submetido à apreciação da comissão de pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (anexo B) e do Núcleo de Educação Permanente do Hospital Geral de Vitória da Conquista (anexo C) e aprovado em ambos. Posteriormente, foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Bahia, sob parecer nº 3.374.680 (Anexo D). A coleta só foi iniciada após aprovação no CEP.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão da dissertação estão organizados em três artigos científicos:

Artigo 2. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental

Artigo 3. Dimensão epistêmica da Reforma Psiquiátrica Brasileira: significados de gestores, profissionais e usuários

Artigo 4. Em direção à Saúde Mental Abrangente: experiências e desafios da atenção psicossocial no Brasil

5.1 ARTIGO 2. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental ²

Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental

Avaliação da Rede de Atenção Psicossocial

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar a estrutura e o processo de articulação do cuidado em saúde mental, tendo como foco os serviços integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e outros dispositivos sociais e comunitários. Trata-se de estudo avaliativo, de abordagem qualitativa, por meio da identificação da estrutura da RAPS e avaliação do processo articulação do cuidado em saúde mental em de Vitória da Conquista, Bahia. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 33 participantes entre gestores, profissionais e usuários e observação participante nos serviços da RAPS. Para os procedimentos analíticos, foi utilizada uma matriz de análise composta por três dimensões: estrutura e composição da RAPS; organização e articulação da RAPS; e integralidade da atenção e articulação intersetorial. Os resultados evidenciaram que apesar do cenário de expansão da RAPS, os serviços se mostraram insuficientes frente à demanda, com dificuldades de acesso dos usuários. A articulação entre os serviços evidenciou a conformação de uma rede fragmentada, com centralização nos serviços especializados e dificuldades de comunicação com atenção primária e a rede de emergência. Evidenciou-se a inexistência de fluxos instituídos, o que gerou fragilidades na coordenação do cuidado. O desenvolvimento de ações intersetoriais embora presentes, mostraram-se limitados e restrito a alguns setores. A estrutura insuficiente e a segmentação da RAPS constituíram-se em limitantes para o desenvolvimento do cuidado integral e longitudinal em saúde mental.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Avaliação de Serviços de Saúde; Desinstitucionalização; Sistema Único de Saúde

² O artigo foi aprovado pela revista Cadernos de Saúde Pública. O comprovante de aprovação encontra-se no Anexo E.

Introdução

Os movimentos de Reforma Psiquiátrica que se desenvolveram em diversos países no pós-ssegunda guerra mundial questionaram as práticas manicomiais destinadas aos sujeitos em sofrimento mental e buscaram incentivar a reorientação do cuidado ofertado nos sistemas de saúde ¹. No cenário internacional, recomendações da Organização Mundial de Saúde ² e da Comissão Global sobre Saúde Mental e Desenvolvimento Sustentável ³ evocam os países a desenvolver uma rede integrada e territorializada de atenção em saúde mental, em substituição ao modelo manicomial e asilar. Recomendam ainda o fechamento dos hospitais psiquiátricos e o fortalecimento de políticas públicas que promovam o cuidado em rede e em liberdade, e garantam a prerrogativa de saúde mental enquanto direito humano.

A experiência brasileira de implementação do novo modelo de cuidado em saúde mental objetivou ofertar um novo lugar social para o sofrimento mental, orientado pelo paradigma psicossocial, que toma como centralidade o sujeito em suas diversas dimensões, dentro de um contexto sociocomunitário ⁴. Assim, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) buscou estabelecer novas relações entre sociedade, sofrimento mental e instituições com o propósito de desconstrução do modelo manicomial e o desenvolvimento de uma prática de cuidado em meio aberto em que os pacientes se tornem sujeitos ativos e não meros objetos de intervenção ^{5,6}. A RPB foi impulsionada por desenvolver-se em conjunto com os processos de democratização e participação social, a criação do SUS, a descentralização da política de saúde e a luta por equidade e justiça social ⁷.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada como proposta organizativa dos serviços de saúde mental no país ⁸. Esta objetivou a integração do cuidado ordenado a partir da articulação de serviços de base territorial nos diversos níveis e pontos de atenção do SUS ^{9,10}. Considerou a responsabilização compartilhada e interdisciplinar dos casos, como elemento capaz de influenciar nos padrões hierarquizados, piramidais e fragmentados e promover fluxos contínuos de cuidado nos espaços tecnológicos adequados ¹¹.

A implementação do novo modelo de cuidado em saúde mental no Brasil tem demonstrado substanciais avanços e reconhecimentos. A inversão do gasto em saúde mental, com estímulo financeiro aos serviços substitutivos ¹², o fechamento de leitos psiquiátricos dos hospitais monovalentes e a expansão dos serviços comunitários ⁹, o desenvolvimento de práticas de cuidado

inovadoras ^{7,13} e a participação ativa dos usuários e a reivindicação por direitos ¹⁴ são algumas das transformações alcançadas.

Mesmo diante dos avanços transformadores, persistem ainda desafios para a efetivação do processo de desinstitucionalização e de consolidação dos cuidados em saúde mental em meio aberto. Dentre as principais dificuldades em curso, podem ser destacadas a insuficiência e distribuição desigual dos serviços⁹, o subfinanciamento ¹⁵, a fragilidade na articulação intra e intersetorial ¹⁶, o estigma atribuído ao sujeito em sofrimento mental e as dificuldades de (re)inserção social ^{12,17}.

Como agravante, desde 2016 tem ocorrido significativa redução do financiamento e do ritmo de implantação dos novos serviços, decorrentes da crise financeira e dos novos rumos da política nacional ⁶, de cunho neoliberal e conservador. A incorporação de ações e políticas de saúde mental, não embasadas em evidências científicas e em consensos internacionais, incluíram os hospitais psiquiátricos e ambulatorios especializados à RAPS, aumentaram financiamento para internações psiquiátricas e comunidades terapêuticas e incentivaram dispositivos de internação de crianças e adolescentes. A nova realidade aponta para a desconfiguração das bases da RPB e o risco de sucateamento dos serviços de base comunitária ⁷.

Apesar dos esforços, o desconhecimento acerca da atual situação do funcionamento da RAPS no país ainda é uma realidade. Mesmo com o avanço das publicações na área, existe ainda a necessidade de desenvolvimento de pesquisas que contribuam para o debate nacional relacionado à interlocução entre os diversos pontos de atenção ^{9,16}, visto que a disponibilidade e (des)articulação dos serviços impactam negativamente na atenção em saúde mental ¹⁷.

Neste sentido, este artigo objetivou avaliar a estrutura e o processo de articulação do cuidado em saúde mental, tendo como foco os serviços integrantes da Rede de Atenção Psicossocial e outros dispositivos sociais e comunitários.

Métodos

Este é um estudo avaliativo, de abordagem qualitativa, por meio da identificação da estrutura da RAPS e avaliação do processo articulação do cuidado em saúde mental. Adota-se a concepção de pesquisa avaliativa desenvolvida por Contandriopoulos et al. ¹⁸ na qual busca-se entender as relações existentes entre os diversos componentes de uma ação e o contexto em que estão situado. De acordo com Donabedian ¹⁹, uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um

bom processo e um bom processo de produção do cuidado aumenta a probabilidade de bons resultados. Ao considerar as mudanças desencadeadas a partir dos ideais da RPB, avaliar a estrutura e o processo da atenção em saúde mental é elemento essencial para o fortalecimento da RAPS e da política de desinstitucionalização.

O estudo foi conduzido em Vitória da Conquista, terceira maior cidade do estado da Bahia, com população estimada de 338.885 habitantes. O PIB per capita é de R\$ 18.589,99 e possui IDHM de 0,678, o que a situa na faixa de médio desenvolvimento humano ²⁰. Consiste em importante centro educacional e polo de referência na prestação de serviços de saúde para região Centro-sul da Bahia e norte de Minas Gerais. O município é sede da região de saúde e agrega a quase totalidade da oferta de atenção especializada e hospitalar da região ²¹.

Desde 2017, vivencia a reestruturação da rede de cuidados em saúde mental desencadeada, principalmente, após o fechamento do hospital psiquiátrico estadual que funcionava na cidade desde a década de 1960. Com isso, foram criados novos dispositivos de cuidado a exemplo de ambulatórios de saúde mental e leitos psiquiátricos no hospital geral e buscou-se a reorganização dos modelos de cuidado desenvolvidos.

O cenário estudado possui a peculiaridade de promover o fechamento do hospital psiquiátrico e a reorganização da rede no contexto de alterações na política nacional de saúde mental ⁷ e de retrocessos normativos frente aos ideários da RPB. Nesse sentido, a avaliação empreendida poderá contribuir para reflexões sobre os desafios e as possibilidades de reorganização do cuidado ante a nova realidade.

As técnicas utilizadas para a obtenção do material empírico foram a entrevista semiestruturada e observação participante, durante os meses de julho a dezembro de 2019. Também foram utilizados dados secundários do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e e-gestor Atenção Básica. O roteiro das entrevista contemplou questões relacionadas à articulação entre os serviços da RAPS e articulação intersetorial. A observação foi realizada nos principais serviços que prestam cuidado à saúde mental: CAPS II, CAPSia, CAPSadIII, três Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Equipes de Saúde da Família (eSF) vinculadas a esses NASF-AB, Equipe de Consultório na Rua e enfermaria de saúde mental do Hospital Geral.

Conforme Tabela 1, as entrevistas foram realizadas com três grupos de participantes gestores, profissionais e usuários, totalizando 33 entrevistados. A seleção dos participantes foi

definida por conveniência, na qual se buscou contemplar informantes estratégicos integrantes dos diversos serviços que compõem a RAPS.

Os critérios de inclusão para os gestores e profissionais foram estabelecidos em função da posição que os participantes ocupavam na RAPS. Quanto aos gestores, foram incluídos os que exerciam funções de gestão municipal de saúde e das coordenações dos CAPS e hospital. Entre os profissionais, foram considerados os que prestavam atendimento contínuo aos usuários, buscando-se contemplar as diferentes categorias. Os critérios de exclusão foram tempo de atuação inferior a seis meses para os profissionais e três meses para gestores. Para os usuários, os critérios de inclusão foram: ter mais de 18 anos, estar lúcido e orientado no momento da entrevista e frequentar a instituição há pelo menos três meses. Os critérios de exclusão foram ter parentesco com profissionais ou gestores da instituição.

Tabela 1. Participantes do estudo da Rede de Atenção Psicossocial. Vitória da Conquista, 2019.

Grupo	Serviço	Quantidade de participantes	Total
Gestores	Coordenação de Saúde Mental do município	1 coordenadora	01
	Direção da Atenção Básica do município	1 diretora	01
	CAPS II,	1 coordenador	01
	CAPS adIII	1 coordenador	01
	CAPA ia	1 coordenador	01
	Complexo Hospitalar de Vitória da Conquista	1 diretor	01
	Hospital Crescência Silveira	1 coordenador do Crescência	01
Profissionais	CAPS II,	1 Enfermeiro; 1 Psicólogo; 1 Assistente social	03
	CAPS adIII	1 Enfermeiro; 1 Psicólogo; 1 Assistente Social; 1 Psiquiatra	04
	CAPS ia	1 Psicólogo; 1 Psiquiatra	02
	NASF-AB da zona urbana	1 psicólogo de cada NASF-AB	03
	Estratégia de Saúde da Família	1 enfermeiro apoiado por cada NASF-AB da zona urbana	03
	Consultório na Rua	1 Psicólogo; 1 Assistente Social	02
	Hospital Crescência Silveira	1 Enfermeiro; 1 Psicólogo; 1 Assistente Social; 1 Psiquiatra	04
	Usuários	CAPS II	1 usuário
CAPS adIII	2 usuários	02	
Estratégia de Saúde da Família/ NASF-AB	1 usuário	01	
Hospital Crescência Silveira	1 usuário	01	
TOTAL			33

Os materiais obtidos nas entrevistas e observação participante foram transcritos, categorizados e codificados conforme técnica proposta por Strauss e Corbin ²². Envolveram comparações constantes entre categorias, conceitos e fenômenos, a partir de codificações abertas e axiais. As categorias emergentes foram aglutinadas por critérios semânticos de conteúdo.

Para os procedimentos de análise, foi desenvolvida e utilizada uma matriz analítica composta por três dimensões: estrutura e composição da RAPS; organização e articulação da RAPS; e integralidade da atenção e articulação intersetorial. Tais dimensões foram definidas e sistematizadas a partir da revisão da literatura especializada que aborda as principais características da RPB e da política de saúde mental no Brasil ^{3,5,7,12,14,23}. Buscou-se sistematizar a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial, com identificação dos pontos de atenção em saúde mental e o estabelecimento de fluxos de cuidado, para a garantia da atenção integral, continuada e intersetorial. As variáveis e indicadores que compõem cada dimensão estão dispostos no Quadro 1.

Quadro 1. Matriz de Análise da Rede de Atenção Psicossocial.

Dimensão	Variável	Indicador
Estrutura e composição da RAPS	Composição da RAPS	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura APS • Atenção Psicossocial Especializada (CAPS) • Atenção residencial de caráter transitório • Atenção Hospitalar (Leitos Hospital Geral) • Estratégias de desinstitucionalização (SRT)
	Suficiência de serviços especializados e de leitos especializados em saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> • Número de CAPS / 100 mil hab • Número de leitos especializados em saúde mental / 100 mil hab
	Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Composição das equipes de CAPS (categoria profissional e CH)
Organização e Articulação da RAPS	Fluxo assistencial em saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de fluxo assistencial em SM definido • Encaminhamentos e Comunicação entre os pontos de atenção
	Articulação da RAPS	<ul style="list-style-type: none"> • Integração entre CAPS • Integração entre CAPS e APS • Integração CAPS e serviços de urgência
Integralidade da atenção e articulação intersetorial	Articulação intersetorial da RAPS	<ul style="list-style-type: none"> • Inserção / reinserção dos usuários em atividades laborais • Integração da RAPS com serviços de assistência social • Integração da RAPS com setores jurídicos • Integração da RAPS com a área educacional • Inserção dos usuários em atividades culturais

A dimensão estrutura e composição da RAPS considerou a disponibilidade e suficiência dos serviços de saúde com atendimento aos usuários de saúde mental. Para a variável suficiência, foi calculado o número de CAPS de todos os tipos por 100.000 habitantes, com o utilização da fórmula $[(n^{\circ} \text{ CAPSI} \times 0,5) + (n^{\circ} \text{ CAPSII}) + (n^{\circ} \text{ CAPSIII} \times 1,5) + (n^{\circ} \text{ CAPSi}) + (n^{\circ} \text{ CAPSad})/\text{população}] * 100.000 \text{ habitantes}$ ²⁴. De acordo com os parâmetros ministeriais é considerado adequado é 0,7 CAPS de todos os tipos/100.000 habitantes. Para os leitos especializados em saúde mental, o preconizado é um leito/23.000 habitante ⁸. Desse modo, foi calculado a quantidade de leitos/23.000 habitantes. Os dados da cobertura da Estratégia Saúde da Família foram consultados no e-gestor Atenção Básica, com base no período da pesquisa. A análise dos recursos humanos dos CAPS baseou-se nas recomendações da Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde ²⁵.

A dimensão organização e articulação da RAPS teve por interesse a identificação de fluxos assistenciais e análise da articulação do cuidado entre os diversos serviços integrantes da rede. Adotou-se no estudo a definição de articulação do cuidado como ação de organizar o trabalho conjunto entre diferentes pontos de atenção ²⁶, a fim de promover a interlocução entre os serviços, a corresponsabilidade pela gestão-execução do cuidado e o desenvolvimento de intervenções coordenadas ²⁷. Assim, considerou as relações estabelecidas entre a APS e os CAPS, entre os tipos de CAPS e entre os CAPS e a rede de urgência e emergência. O processo analítico dessa dimensão tomou como referência os mecanismos de comunicação estabelecidos e a integração entre os diversos pontos de atenção.

A dimensão integralidade da atenção e articulação intersetorial explorou o desenvolvimento de ações e estratégias para o cuidado ampliado às pessoas em sofrimento mental. A integralidade foi entendida como dimensão que compreende o sujeito em sua totalidade, com base nos aspectos sociais, políticos e econômicos e na relação com a família, comunidade e sociedade ²⁸. Trata-se da garantia do cuidado não só na perspectiva assistencial, mas que engloba também outras dimensões da vida ²⁹. Neste sentido, considerou a articulação dos serviços da RAPS com outros setores, na perspectiva de atuação sobre os condicionantes da saúde dos usuários. Incluiu possíveis inserções em iniciativas de geração de renda e artísticos-culturais, assim como a interrelação com os setores da assistência social, jurídico e educacional.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, parecer nº 3.374.680. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Os resultados estão apresentados em três seções conforme as dimensões da matriz analítica utilizada. O Quadro 2 dispõe de excertos das falas que sintetizam os principais aspectos dos resultados.

Quadro 2. Avaliação dos informantes-chave sobre estrutura e funcionamento da RAPS. Vitória da Conquista, 2019.

Dimensão	Variável	Excertos Enunciados
Estrutura e composição da RAPS	Composição da RAPS	<p><i>Crescer o número de equipes de NASF. Conquista tem uma cobertura muito baixa na atenção básica, menos de 50%. [...] Talvez a gente evitasse o nível de adoecimento tão agravados. (Entrevista 19 – Gestor)</i></p> <p><i>Quando o estado queria tirar os pacientes do hospital psiquiátrico e botar nos leitos da enfermaria do Hospital de Base, eu fiz um parecer técnico do porquê não podia, de jeito nenhum. Aí teve a ideia de reativar esse hospital pra colocar nossos pacientes aqui. [...] Nossos pacientes não tinha condição de ficar naquela emergência. Primeiro que ele ia quebrar tudo, ele ia agredir os outros pacientes. (Entrevista 26 - Profissional)</i></p>
	Suficiência de serviços especializados e de leitos especializados em saúde mental	<p><i>Eu acho que a prioridade é ampliar o número de CAPS pra que a gente tenha uma melhor qualidade na assistência que é prestada. Aí eu tenho que vir pra o meu lado de gestão, administrativo e ver que pela população, Conquista tá com um número muito aquém, minimamente de CAPS. [...] (Entrevista 19- Gestor)</i></p> <p><i>E é uma região muito grande, muito grande. Falta (vaga para internamento), sempre, sempre. Há pouco tempo, acho que foi um rapaz ou uma moça, não lembro, que chegou por tentativa de suicídio e foi medicado mas, não tinha vaga, foi pra casa e aí se matou. (Entrevista 21- Profissional)</i></p>
	Recursos Humanos	<p><i>Tem vezes que você vai ter que esperar 15 dias pra ser atendido, aí já passou o que se precisava, né? [...]. Mas, porque não tem profissional suficiente, uma demanda muito grande, né? (Entrevista 4 - Profissional)</i></p>

(Continua)

Continuação Quadro 2. Avaliação dos informantes-chave sobre estrutura e funcionamento da RAPS. Vitória da Conquista, 2019.

Organização e Articulação da RAPS	Fluxo assistencial em saúde mental	<p><i>Às vezes a gente tá ali como se fosse uma ilha. Eu só sei o que acontece aqui nesse CAPS, só sei o que trata aqui nesse CAPS e não entendo o fluxo, a forma, porque... Ainda não se tem aquele fluxo definido. (Entrevista 6 - Profissional)</i></p> <p><i>Minha impressão é que dá certo quando eu conheço alguém de um outro serviço, que é meio que meu colega e tenho afinidade, simpatia com você, não é pelo entendimento do profissional, né? (Entrevista 4 - Profissional)</i></p>
	Articulação da RAPS	<p><i>Nós [os CAPS] somos primos, né? Deveríamos ser primos. Mas, a gente não é primo de muito amor. Na verdade nunca fomos, né? [...] O ideal era compartilhar o caso. Mas, a ideia de compartilhar, ninguém sabe o compartilhar direito nessa rede. (Entrevista 4- Profissional)</i></p> <p><i>Aí temos um paciente com 22 anos e uso abusivo de Cannabis, com transtorno bipolar ou com traço psicótico, assim... É [paciente] de onde? É do CAPS AD ou do CAPS II? E a briga agora tá instalada. (Entrevista 3 –Profissional)</i></p> <p><i>Se você me perguntar assim: "Se tiver um paciente aqui que você perceba que a necessidade dele não está aqui no momento, você encaminha para onde?" Eu não sei. Eu não sei nem onde é o CAPS, eu não sei. (Entrevista 27- Profissional)</i></p> <p><i>A gente tem, às vezes, algumas questões com SAMU 192 e UPA. A gente tem uma certa dificuldade com eles em alguns momentos. O SAMU nunca se nega a vir. Mas, as vezes, eles querem exigir a presença de um profissional para ir junto. (Entrevista 2 - Gestor)</i></p> <p><i>Fico com medo de devolver para a atenção básica. [...] Porque da mesma forma que a atenção básica ainda não consegue fazer o cuidado por lá, para depois chegar aqui, eu tenho a sensação que se a gente mandar, também não vai ser cuidado ainda. (Entrevista 13 - Gestor)</i></p>
Integralidade da atenção e articulação intersetorial	Articulação intersetorial da RAPS	<p><i>Tem o Centro POP criança e adolescente, tem o Centro POP adulto, tem as casas de acolhimento [...]. Aí como tem situações que demandam, além do consultório na rua, uma questão da saúde do CAPS II, do CAPS AD, e aí é compartilhados junto com o CRAS do território daquele usuário, com o CREAS [...] pra que todos</i></p>

(Continua)

Continuação Quadro 2. Avaliação dos informantes-chave sobre estrutura e funcionamento da RAPS. Vitória da Conquista, 2019.

		<p><i>tenham o conhecimento e tenha intervenções que vai ter uma efetividade naquele caso. (Entrevista 17 - Profissional)</i></p> <p><i>Não tem assim um projeto de vida firmado. Às vezes a gente não consegue inseri-lo no mercado de trabalho. [...]. A prefeitura ainda não tem um projeto firmado nesse sentido. (Entrevista 16- Profissional)</i></p> <p><i>A gente tem uma criança aqui que por conta do transtorno, a escola fez um abaixo-assinado e expulsou ele. (Entrevista 9- Gestor)</i></p> <p><i>As escolas não tem mais paciência para lidar com um mínimo de desvio de uma tal de normalidade que eu não consigo delinear. [...] Aí o menino apresentou algum outro comportamento. "Não sabemos lidar, manda pro CAPS". (Entrevista 19 - Gestor)</i></p> <p><i>Eu tô com três casos aqui de internação compulsória, que a defensoria mandou uma e a promotoria mandou dois, Não tem vaga e eles mandam pra internar até que se resolva o problema da família. (Entrevista 26 - Profissional)</i></p> <p><i>Também pergunta sobre o que a gente quer fazer. Sabe, eu fiz também várias oficinas. Escolhe uma peça, alguma coisa que a gente quer e vai fazer. Teve um teatro, um ano novo, alguns anos atrás, eu imitei Cazuzu, né? (Entrevista 15 – Usuário)</i></p>
--	--	--

Estrutura e Composição da RAPS

Na Tabela 2 são apresentados os serviços que compõem à RAPS no município. A APS esteve composta por sete Unidades Básicas Tradicionais (UBT), 45 Equipes de Saúde da Família (eSF), cinco Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e uma equipe de Consultório na Rua. A cobertura da Estratégia Saúde da Família foi de 47,8%. A assistência especializada em saúde mental contou com três CAPS em funcionamento (um CAPS II, um CAPS AD III e um CAPS IA) e por dois ambulatórios especializados. A atenção de urgência e emergência foi composta por SAMU, uma UPA e três hospitais que atendem ao SUS. Sobre a atenção hospitalar, contactou-se uma enfermagem especializada em saúde mental. Aponta-se ainda para existência de uma comunidade terapêutica.

Tabela 2. Serviços integrantes da Rede de Atenção Psicossocial de Vitória da Conquista, 2019.

Serviço	Disponíveis no município
Atenção Primária	
Unidade Básicas Tradicionais (UBT)	7 UBT
Equipes de Saúde da Família (eSF)	45 Esf
Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)	5 NASF-AB
Consultório na rua	1 Equipe de Consultório na Rua
Atenção psicossocial especializada	
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	1 CAPS II; 1 CAPSia; 1 CAPSad III 1 CAPSad Regional (em construção)
Unidades Ambulatoriais Especializadas	1 Ambulatório Estadual 1 Ambulatório Municipal
Atenção de Urgência e Emergência	
SAMU	1 SAMU
UPA 24 horas	1 UPA 24 horas
Portas hospitalares	3 hospitais
Atenção Residencial de Caráter Transitório	
Unidade de Acolhimento (UA)	1 UA adulto (em construção) 1 UA infantil (em construção)
Atenção Hospitalar	
Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental	1 Anexo do Hospital Geral
Estratégias de desinstitucionalização	
Serviços Residenciais Terapêuticos	1 Residência Terapêutica (em implantação)

Com o fechamento do hospital psiquiátrico estadual e a descentralização do cuidado para os novos dispositivos de cuidado, houve resistência de profissionais, usuários e setores organizados da sociedade sob argumento de desassistência. Protestou-se quanto à incorporação destes sujeitos ao hospital geral, alegando periculosidade dos mesmos e inconformidade estrutural desta instituição.

Fortaleceu-se assim, a ideia de necessidade do hospital psiquiátrico, ou de que a internação ocorresse em local isolado dos demais pacientes do hospital geral, conforme evidenciado na entrevista 26 (Quadro 2). Como solução, foi implantado o serviço de enfermagem especializada em saúde mental, em instituição localizada a dois quilômetros da sede do hospital geral, incorporada como anexo deste. Foi ainda implantado um ambulatório especializado para o atendimento da demanda por psicotrópicos e assistência psiquiátrica individual. Os resultados demonstraram o

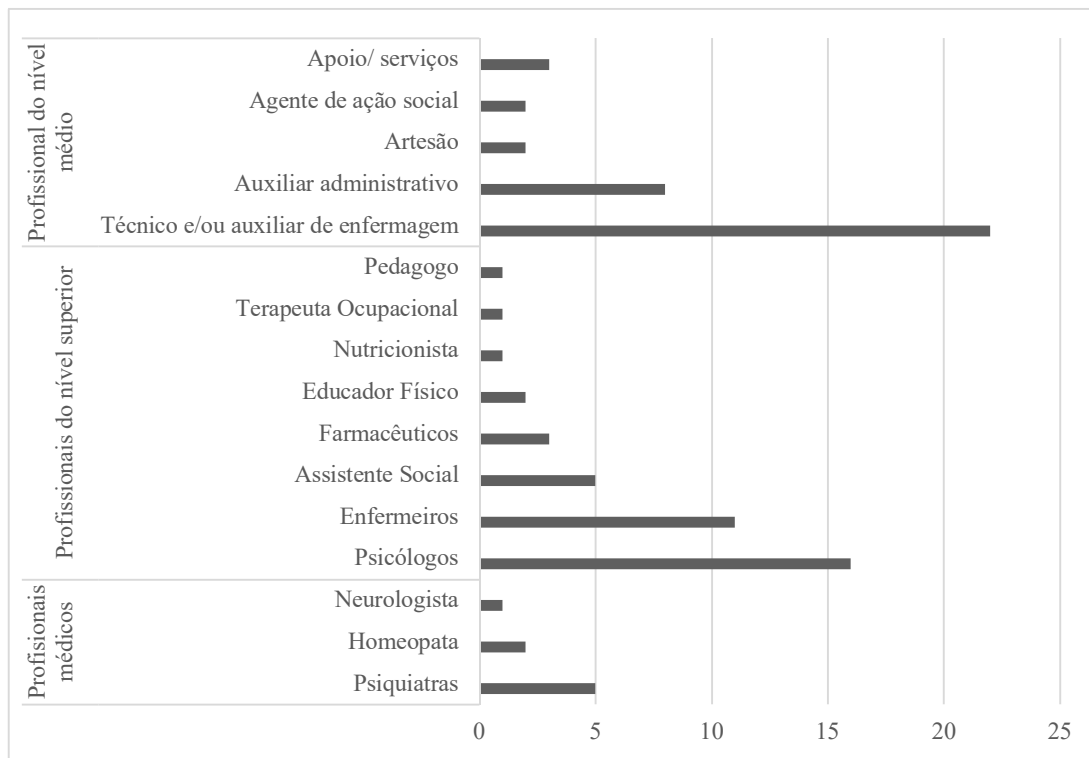
caráter medicamentoso e médico centrado do ambulatório em saúde mental e fragilidades no estabelecimento de ações multiprofissionais neste serviço.

Quanto a suficiência dos serviços, a média de CAPS de todos os tipos foi de 1,03 CAPS/100.000 habitantes. Com relação aos leitos especializados em saúde mental, o município possui 21 leitos para atender as 19 cidades da região de Saúde, o que implica média de 0,76 leitos/23.000 habitantes, quantidade aquém do preconizado que é de 1/23.000 habitantes. Não obstante aos índices encontrados, as entrevistadas 19 e 21 ressaltaram a insuficiência dos serviços existentes.

Com relação aos Recursos Humanos, foi constatado que todos CAPS contavam com psiquiatra, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e farmacêuticos. Conforme apresentado na Figura 1, havia oito médicos, com uma média de 1,7 psiquiatras, 0,7 homeopata e 0,3 neurologista por serviço. Foram evidenciadas dificuldades relacionadas à manutenção do quadro de psiquiatras. Quanto aos outros profissionais de nível superior, havia 40 profissionais, em média 5,3 psicólogos, 3,7 enfermeiros, 1,7 assistentes sociais, 1 farmacêutico, 0,7 educador físico, 0,3 nutricionista, 0,3 terapeuta ocupacional e 0,3 pedagogo por serviço. Atuam também nos CAPS, 37 profissionais de nível médio, com uma média de 7,3 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, 2,7 auxiliares administrativos, 0,7 artesãos, 0,7 agentes de ação e 1 apoio/serviços.

Os resultados demonstraram que, apesar dos índices positivos, a quantidade de profissionais de saúde mental é insuficiente para o atendimento da demanda, situação destacada na entrevista 4 (Quadro 2). Como consequência evidenciou-se a sobrecarga dos CAPS e a existência de longas filas de espera. A ausência de CAPS III revelou-se como dificultador para o acompanhamento comunitário de situações mais complexas.

Figura 1- Profissionais integrantes dos CAPS de Vitória da Conquista- BA, 2019.



Organização e articulação da RAPS

No tocante à organização e articulação da RAPS, evidenciaram-se importantes iniciativas de articulação entre os serviços, com estudos de caso em conjunto, reuniões sistemáticas intersetoriais, atendimentos compartilhados e ações pontuais de apoio matricial. Entretanto, a efetiva integração da RAPS foi concebida ainda como desafio e aduziu à necessidade de aprimoramento do fazer em saúde mental. A dificuldade de articulação entre os serviços demonstrou limitar a garantia da continuidade do cuidado e contribuiu para a fragmentação da rede.

Encontrava-se em processo de finalização a construção dos fluxos assistenciais da RAPS. Entre os profissionais, predominou significativo desconhecimento dos fluxos e dos componentes da rede, como revelou a entrevista 6 (Quadro 2). Tal desconhecimento inviabilizou a inclusão de alguns serviços como potenciais pontos de atenção e impactou negativamente no ordenamento do cuidado.

A comunicação entre os pontos de atenção ocorreu de díspares modos, com diferenças entre os serviços e entre os profissionais. Observou-se relações de compartilhamentos de casos que

tomaram como eixo estruturante as necessidades dos sujeitos. Contudo, como exemplificado na entrevista 4 (Quadro 2), predominou a comunicação de caráter pessoal mediada por vínculos de amizade. Também se mostrou recorrente os encaminhamentos apenas em caráter formal e burocrático. Essa situação demonstrou pouco contribuir para a articulação entre os serviços e favoreceu a desresponsabilização da equipe pelos usuários.

Tal como relatado na entrevista 3 (Quadro 2), a relação entre os CAPS operou com pontos de tensão e foi considerado como significativo entrave para o estabelecimento do fluxo de cuidado no nível especializado. Evidenciaram-se também dificuldades na definição de critérios de atendimentos para cada serviço, situação exemplificada na entrevista 3 (Quadro 2). As dificuldades de aprendizagem e os transtornos leves eram sempre encaminhados por todos os serviços para o CAPS IA, o que gerou sobrecarga no mesmo com demandas que não condizem com o perfil dessa instituição.

Com relação à articulação com a APS, foi possível observar as seguintes ações: alguns casos de matriciamento entre NASF-AB, CAPS e eSF; estratégias preventivas e promocionais como realização de grupos de tabagismo e de bem-estar; e acompanhamento longitudinal de casos pelas eSF, com o suporte do CAPS. No entanto, foram evidenciadas dificuldades das eSF em acolher as demandas em decorrência de pré-conceitos com os usuários da saúde mental, sobrecarga assistencial, frágil formação profissional e ausência de fluxos e protocolos, conforme demonstra profissional APS (Entrevista 27, Quadro 2).

Quanto à articulação com a rede de urgência, constataram-se dificuldades no reconhecimento destes serviços como constituintes da RAPS. Como revelado na entrevista 2 (Quadro 2), ainda que o cuidado fosse prestado por serviços como UPA e SAMU, a não legitimação, por parte de alguns profissionais, dos casos de crise em saúde mental e a desresponsabilização produziram lacunas no cuidado ofertado. Apontou-se, ainda, para a resistência de parte dos serviços hospitalares na absorção dos casos de sofrimento mental ou uso de substâncias psicoativas.

Desse modo, a fragilidade na integração entre a saúde mental e os demais serviços da rede e a sobrecarga de alguns serviços propiciaram a centralização do cuidado nos CAPS e na enfermaria especializada no hospital geral. Como consequência, ocorreu a absorção de demandas que não condizem com o perfil destas instituições e a manutenção dos usuários no serviço por longos períodos de tempo. Identificou-se ainda a resistência dos usuários e, por vezes, dos próprios

profissionais dos CAPS, quanto aos processos de alta, o que favoreceu a ideia de dependência do serviço, consoante demonstrado na entrevista 13 (Quadro 2).

Integralidade da atenção e articulação intersetorial

O desenvolvimento de ações e atividades com outros setores demonstrou que o cuidado prestado não se restringiu aos serviços assistenciais, o que denota iniciativas em direção à integralidade. A entrevista 17 (Quadro 2) destaca a existência de articulação intersetorial como estratégia para responder à singularidade e à complexidade da demanda relacionada à saúde mental. No entanto, tais articulações foram tidas como limitadas e insuficientes e oscilaram de acordo com o perfil dos profissionais envolvidos.

Constataram-se limitações nas políticas públicas inclusivas destinadas à garantia e estímulo dos processos de escolarização, geração de renda e integração social. Os resultados demonstraram a necessidade de priorização de estratégias inclusivas, com alcance em outras dimensões da vida e que garantam a efetiva desinstitucionalização, para além dos muros das instituições.

As iniciativas para inserção ou reinserção dos usuários nas atividades laborais mostraram-se tímidas (Entrevista 16, Quadro 2). Não se identificou um processo de articulação interinstitucional ou mesmo iniciativas direcionadas aos usuários a fim de motivar ou prover a ocupação trabalhista destes sujeitos.

No que concerne à relação com a assistência social, ainda que ocorressem ações conjuntas para reconhecimento do território e suporte em casos de direitos violados, o desenvolvimento de uma articulação sistematizada se mostrou necessário. O grande número de pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica e a sobrecarga nos serviços de assistência social mostraram limitar a resolutividade das situações e dificultar os encaminhamentos.

Em relação às articulações com o setor da educação, destacaram-se as ações do Programa Saúde da Escola (PSE) e atendimentos conjuntos de profissionais de saúde mental com educadores. Entretanto, observou-se um processo de transferência da responsabilidade do contexto escolar para o âmbito assistencial. As entrevistas 9 e 19 salientam a patologização do comportamento desviante, sustentado por uma compreensão binária e rígida da normalidade, o que desencadeou em expressivo aumento dos encaminhamentos para o CAPS IA, além de favorecer a marginalização e expulsão de crianças e adolescentes dos ambientes escolares.

Sobre a articulação com o setor jurídico, evidenciou-se que o Ministério Público, por um lado promoveu garantias legais, por outro manteve atuações verticalizadas e com frequentes solicitações de internamento hospitalar em contrariedade às recomendações das equipes de saúde. Conforme exemplificado na entrevista 26 (Quadro 2), a internação compulsória, por vezes, atuou como depositário do sujeitos em sofrimento mental, justificada por incômodos ou dificuldades no espaço sócio familiar. Em diversos momentos ocorreram imposições jurídicas de prolongamento de internamentos, mesmo sem indicação clínica que a justificassem, sob alegação de impossibilidade da família receber esses usuários ou até que se resolvessem questões outras expressas pelos órgãos jurídicos.

Por fim, houve participação dos sujeitos em eventos culturais como sarais poéticos, teatros e shows (Entrevista 15, Quadro 2). Todavia, por vezes, o rótulo de usuário de serviço de saúde mental carregou a ideia de periculosidade e necessidade da tutela de outrem para garantia de segurança e manutenção da ordem e dificultou a participação nestes espaços sociais.

Discussão

As três dimensões analisadas demonstraram avanços na atenção em saúde mental e ao mesmo tempo limitações que comprometem a integralidade do cuidado e o processo de desinstitucionalização. O contexto evidenciado se coaduna com o cenário nacional de significativos progressos relacionados à implantação de serviços em meio aberto e ao mesmo tempo a manutenção de desafios para assegurar o desenvolvimento do modelo de atenção com foco no cuidado comunitário e integral, na produção de autonomia e nos princípios do SUS e da RPB ⁷.

Aproxima-se também da conjuntura internacional evidenciada pelo Atlas de Saúde Mental 2017 da Organização Mundial da Saúde ². De acordo com esse documento, persistem na maior parte dos países dificuldades como: insuficiência na expansão e no financiamento dos serviços de base comunitária; diminuta capacitação profissional; fragilidades no desenvolvimento de políticas alinhadas às necessidades da população e às convenções de direitos humanos; limitada participação social; e tímidas estratégias de promoção e prevenção.

No que tange a estrutura da rede, foi possível constatar a expansão e um novo ordenamento da RAPS do município. Entretanto, a rede assistencial mostrou-se insuficiente para atendimento da demanda em saúde mental, desencadeando em sobrecarga dos serviços existentes, filas de espera e dificuldades de acesso.

O fechamento do hospital psiquiátrico e a implantação de leitos de saúde mental em serviço anexo ao hospital geral fomentaram o processo de descentralização dos casos atendidos pela antiga instituição. Em que pese a necessidade ampliação e aprimoramento na estruturação da rede existe, este movimento consiste em significativo avanço, dado as evidências do caráter ineficaz, iatrogênico e estigmatizante dos leitos psiquiátricos em hospitais monovalentes ¹⁶.

A construção de uma rede de atenção comunitária, que envolve o fechamento de hospitais psiquiátricos, se coaduna com os objetivos do Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 da Organização Mundial da Saúde ² e com os pressupostos do Comissão Global sobre Saúde Mental e Desenvolvimento Sustentável ³. Estes relatórios destacam a importância da reordenação do cuidado para o meio aberto e comunitário e as articulações intersetoriais como estratégias necessárias para melhoria do cuidado ofertado.

A desativação dos leitos e a redução dos atendimentos ambulatoriais do antigo hospital psiquiátrico desencadearam em maior demanda aos demais serviços da RAPS. Todavia, apesar dos movimentos de expansão e articulação, os serviços disponíveis não se mostraram suficiente para abarcar as necessidades dos usuários. No que se refere à APS, Vitória da Conquista possui a menor cobertura da sua região de saúde ²¹ o que contribui para limitar o acompanhamento dos sujeitos com demandas de sofrimento mental. Restringe também, mecanismos de responsabilização e o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção com o alcance adequado.

Do ponto de vista especializado, o indicador provisão de CAPS denotou uma condição de suficiência ao considerar os parâmetros do Ministério da Saúde. Entretanto, a sobrecarga de atendimento e as dificuldades no acesso demonstram que os serviços são exíguos para abarcar a demanda existente, o que revela a necessidade de análise crítica deste parâmetro.

A ausência de CAPS III demonstrou impactar negativamente na oferta do cuidado à crise, na medida em que obstaculiza a atenção mais intensiva e próxima ao próprio serviço. Como consequência, ocorreu a centralização do cuidado destas situações nos leitos hospitalares. Neste sentido, Macedo et al.⁹ referem a insuficiência de CAPS III é uma realidade no contexto nacional e consiste em significativo entrave para atendimento à crise sem que haja complementariedade do recurso hospitalar.

Apesar do ambulatório em saúde mental ter contribuído para a diminuição de sobrecarga dos CAPS, torna-se importante refletir sobre o modelo de cuidado desse dispositivo. A atuação desarticulada do território e dos demais dispositivos da rede pode fomentar fragmentações e

hierarquizações do sistema, além de rupturas na continuidade do cuidado. O olhar crítico deve estar centrado na compreensão sobre as práticas produzidas⁷. Desta forma, o caráter predominantemente medicamentoso e a fragilidade da atuação multiprofissional, apontam para o risco da manutenção de serviços hegemonicamente biomédicos e desarticulados.

O não reconhecimento dos fluxos de cuidado e as fragilidades dos mecanismos de comunicação institucionais obstaculizam o desenvolvimento do cuidado integral e continuado. Compromete ainda, a construção de uma linguagem coletiva e reconhecida pelos diversos profissionais e gestores. Esta realidade é corroborada por Bermudez e Batista¹³, ao refletirem sobre o não (re)conhecimento do outro enquanto produtor do cuidado, inviabilizando as conexões e responsabilizações necessárias para tessitura do fazer em rede. Lima e Guimarães¹⁷ advertem sobre o risco da alocação das relações apenas no plano pessoal, enquanto agenciadoras das conexões em saúde, tamponar as discussões e tensionamentos necessários para a constituição de uma rede fluída e coerente.

Os movimentos de articulações que foram evidenciados configuram-se como polos de potência e resistência para efetivação da RAPS¹⁷. Entretanto, o cenário do estudo demonstra preponderância das fragilidades nas articulações entre os pontos de cuidado e destes com o território. Foi possível identificar que as ações conjuntas com a APS e com a rede de urgências operam a partir da afinidade dos profissionais com a temática da saúde mental. Esta realidade fomenta e é fomentada por uma rede que se articula de maneira fragmentada e sem parâmetros claramente definidos. Neste sentido, Amorim e Dimenstein³⁰ referem que a desorganização das portas de entradas e a ausência de portas de saída e de fluxos de encaminhamentos definidos e reconhecidos, contribuem para a fragilidade dos processos de descentralização e de conexão entre os pontos de atenção.

Sobre a relação entre os CAPS, ocorreram tensionamentos decorrentes da indefinição de atribuições e da dificuldade no desenvolvimento do cuidado compartilhado. Isso mostrou influenciar no endurecimento das relações de modo a impactar no trabalho desempenhado pelas equipes. Os conflitos existentes fortalecem a setorialização e burocratização do cuidado, o que produz fragmentação e lacunas na atenção ofertada. Bermudez e Batista¹³ apontam que quando os conflitos e tensionamentos tornam-se elementos impeditivos do diálogo e da responsabilização compartilhada dos casos, inviabiliza-se a construção de parcerias pautadas no vínculo e cooperação

e, portanto, de um cuidado corresponsabilizado que tenha como estrutura a central a demanda do sujeito.

O cenário estudado demonstrou que as fragilidades da articulação em rede e as dificuldades de atendimento das demandas de saúde mental nos diversos dispositivos favoreceram a reclusão do CAPS em si mesmo. Desse modo, ocorreu a centralização do cuidado neste dispositivo e a manutenção do usuário por períodos de tempo superior ao necessário. Todavia, o mesmo serviço ora articulou-se para desenvolver ações extra-muros nos espaços sociais, ora se apresentou de maneira tutelar e isolada dos demais dispositivos. Esta perspectiva dicotômica também foi identificada por Pandé e Amarante³¹. Para os autores, se por um lado os CAPS exaltam a cidadania e autonomia dos usuários, por outro, a concepção de que se deve protegê-los dos desafios da sociedade e da fragilidade da rede reproduz práticas tutelares e cronificantes.

Ainda com relação à articulação com o território, ocorreram mobilizações para tentativa de inserção dos usuários nos espaços sociais, de escolarização e geração de renda, além de participações ativa em espaços artísticos e culturais. A inserção nestes espaços possibilita novas expressões de vida, autonomia e sociabilidade e favorece a construção de um novo lugar social a estes sujeitos. Entretanto, as limitações e dificuldades para efetivação dessas ações evidenciam o longo percurso a se percorrer frente a perspectiva emancipatória da RPB.

Quanto aos movimentos de patologização da infância, Galhardi e Matsukura³² destacam a tendência contemporânea em conceber o mau comportamento e a dificuldade de escolarização como doenças. Ocorre assim, a tendência de terceirização do cuidado para os profissionais da saúde, com significativos casos de medicalização infantil e exclusão das crianças do âmbito escolar. A compreensão da situação unicamente pelo viés individual propicia a desconsideração das questões macrossociais, tais como o atravessamento da vulnerabilidade social e dos processos de exclusão decorrentes da experiência de sofrimento.

Diante dos avanços e dificuldades evidenciados nas avaliação empreendida, não se pode deixar de considerar as ameaças à RPB e à sustentabilidade do SUS em decorrência do quadro social, econômico e político vivenciado no Brasil nos últimos anos. Neste sentido, Macedo et al.⁹ referem que as distorções nas políticas federais de saúde e saúde mental, iniciadas em 2016, conseqüente de uma agenda ultraliberal, têm promovido hipervalorização do setor privado, subfinanciamento das políticas públicas e resgate de instituições asilares. De maneira mais ampla,

há alterações na concepção do Estado e um deslocamento da proteção social para o consumo individual de serviços privados.

Como limitações do estudo considera-se dois aspectos principais. O primeiro foi a pequena quantidade de usuários entrevistados. A segundo diz respeito a não inclusão do SAMU 192 nos serviços estudados. Considera-se que a escuta dos usuários que vivenciam os cuidados produzidos pela RAPS e a observação e entrevistas com profissionais do SAMU 192 possibilitariam maior aprofundamento da avaliação empreendida. Por sua vez, os resultados do estudo apresentam importante potencial de reflexão sobre os rumos da RAPS e dos cuidados em saúde mental na atual conjuntura de fragilização nas políticas de saúde mental no Brasil.

À guisa de conclusão, foi possível constatar que há importantes avanços para o fortalecimento da articulação em rede que emergem em arenas de resistência. Todavia, o estudo demonstrou uma rede fragmentada e conflituosa, com fragilidades na comunicação e centralização do cuidado em saúde mental nos serviços especializados. Estas segmentações indicam limitações para o desenvolvimento do cuidado integral e longitudinal. Em que pese a necessidade da mudança nos arranjos organizacionais para se avançar na qualidade dos cuidados desenvolvidos, estas, por si só são insuficientes para a atuação integrada e articulada em prol da autonomia dos usuários e da participação no seio social.

Faz-se necessário potencializar os polos de resistência observados e investir na construção de políticas que se teçam artesanalmente, tendo como eixo central as necessidades da população e o fazer territorial. Desta forma, é fundamental fomentar ações de integração entre os serviços, bem como qualificação dos profissionais para que as conexões e fluxos estabelecidos possam operar na construção de linhas de cuidado efetivamente emancipatórias.

Referências

1. Micheli GA. Not just a one-man revolution: the multifaceted anti-asylum watershed in Italy. *Hist psychiatry* 2019; 30:133-49.
2. World Health Organization. Mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
3. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet* 2018; 392:1553-98.

4. Oliveira PRS, Tófoli LFF, Lima AF, Castro EMA. O modo Psicossocial e suas consequências teóricas e práticas na interlocução entre saúde mental e saúde da família. In: Lima AF, ed. *(Re)pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização*. Curitiba: Appris; 2018. p. 163-84.
5. Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
6. Amaral CE, Onocko-Campos R, Oliveira PRS, Pereira MB, Ricci ÉC, Pequeno ML, et al. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. *Int J Ment Health Syst* 2018; 31;12:65.
7. Almeida JMC. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cad Saude Publica* 2019; 35:e00129519.
8. Brasil. Portaria nº 3.088 de 26 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. *Diário Oficial da União* 2011.
9. Macedo JP, Abreu MMd, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde Soc* 2017; 26:155-70.
10. Dimenstein M, Macedo JP, Gomes M, Silva TM, De Abreu MM. A saúde mental e atenção psicossocial. *Salud soc.* 2018; 9:070-85.
11. Moreira MIB, Onocko-Campos RT. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saúde Soc* 2017;26:462-74.
12. Onocko-Campos RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad Saude Publica* 2019; 35:e00156119.
13. Bermudez KM, Siqueira-Batista R. “Um monte de buracos amarrados com barbantes”: o conceito de rede para os profissionais da saúde mental. *Saúde Soc* 2017; 26:904-19.
14. Yasui S, Luzio CA, Amarante P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território/ Psychosocial care and primary care: life as territory in the field. *Rev. polis psique* 2018; 8:173-90.
15. Garcia MLT, Oliveira EFA. An analysis of the federal funding for mental health care in Brazil. *Soc Work Health Care* 2017; 56:169-88.
16. Onocko-Campos RT, Amaral CEM, Saraceno B, Oliveira BDC, Treichel CAS, Delgado PGG. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2018; 42:e113.

17. Lima DKRR, Guimarães J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis* 2019; 29:e290310.
18. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pinealut RA. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, ed. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47.
19. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *Jama* 1988; 260:1743-48.
20. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. 2018 [citado 30 Jun 2020] Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/vitoria-da-conquista.html>.
21. Galvão JR, Almeida PF, Santos AM, Bousquat A. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. *Cad Saude Publica* 2019; 35:e00004119.
22. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
23. Rotelli F, Leornardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicário F, ed. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 1990.
24. Brasil. Saúde Mental em dados 12. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas. Brasília 2015.
25. Brasil. Portaria/ GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial da União*, 2002.
26. Fernandes CJ, Lima AF, Oliveira PRS, Santos WS. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *Cad Saude Publica* 2020; 36:e00049519.
27. Leite LS, Rocha KB, Santos LM. A tessitura dos encontros da rede de atenção psicossocial. *Trab. educ. saúde*. 2018; 16(1):183-200.
28. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R; Mattos RA. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2009 p. 43-68.
29. Oliveira RF, Andrade LOM, Goya N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Ciê. saúde coletiva* 2012; 17:3069-3078.
30. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em Saúde Mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico no Rio Grande do Norte. In: Lima AF, ed. *(Re)pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização*. Curitiba: Appris; 2018. p. 145-62.

31. Pandé MNR, Amarante PDC. A nova cronicidade em questão: Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos. In: Lima AF, ed. *(Re)pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização*. Curitiba: Appris; 2018. p. 59-74.
32. Galhardi CC, Matsukura TS. O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios. *Cad Saude Publica* 2018; 34:e00150816.

5.2 ARTIGO 3. Dimensão epistêmica da Reforma Psiquiátrica Brasileira: significados de gestores, profissionais e usuários³

Dimensão epistêmica da Reforma Psiquiátrica Brasileira: significados de gestores, profissionais e usuários

RESUMO

O estudo objetivou analisar a dimensão epistêmica da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) sob a ótica de gestores, profissionais e usuários de serviços de saúde mental. Consiste em pesquisa qualitativa conduzida por meio de entrevistas semiestruturada com 33 participantes e observação de campo na rede de atenção psicossocial de Vitória da Conquista, Bahia. O referencial teórico-metodológico fundamentou-se no campo epistêmico da RPB, com utilização de uma matriz analítica com três dimensões: concepção de saúde/sofrimento mental; propósito do cuidado; sentidos da desinstitucionalização. Os resultados apontam para a tautocronia de sentidos pautados nos saberes ampliados e emancipatórias, conforme pressupostos do modelo psicossocial, e em saberes psiquiátricos tradicionais, consoantes ao modelo manicomial. Emergiram múltiplos sentidos de desinstitucionalização. A difícil operacionalização dos ideias da RPB e a persistência de valores manicomiais demonstram a necessidade de resgate e fortalecimento do ideário do modelo psicossocial.

Palavras-Chave: Saúde mental. Desinstitucionalização. Serviços de saúde mental. Reforma psiquiátrica. Sistema Único de Saúde (SUS).

Epistemic dimension of the Brazilian Psychiatric Reform: meanings of managers, professionals and users

ABSTRACT

This study aimed to analyze the epistemic dimension of the Brazilian Psychiatric Reform (BPR) under the viewpoint of managers, professionals and users of mental health services. It is a

³ Artigo aprovado pela revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação. O comprovante de aprovação encontra-se em Anexo F.

qualitative research conducted through semi-structured interviews with 33 participants and field observation in the psychosocial care network in Vitória da Conquista, Bahia, Brazil. We used theoretical-methodological framework based on the epistemic field of BPR, and analytical matrix with three dimensions: health/mental suffering concept; care purpose; deinstitutionalization meanings. The results point to the meanings tautochrome based on expanded and emancipatory knowledge, according to the assumptions of the psychosocial model, and on traditional psychiatric, in line with the asylum-centered model. We identified multiple meanings of deinstitutionalization. The difficult operationalization of the BPR ideals and the persistence of asylum values demonstrate the need to rescue and strengthen the ideology of the psychosocial model.

Keywords: Mental health. Desinstitutionalization. Mental health services; Psychiatric reform; Unified Health System (SUS).

Dimensión epistémica de la reforma psiquiátrica brasileña: significados de gestores, profesionales y usuarios

RESUMEM

El estudio tuvo como objetivo analizar la dimensión epistémica de la Reforma Psiquiátrica Brasileña (RPB) desde la perspectiva de gestores, profesionales y usuarios de servicios de salud mental. Consiste en una investigación cualitativa realizada con entrevistas semiestructuradas con 33 participantes y observación de campo en servicios de salud mental en Vitória da Conquista, Bahía. El marco teórico-metodológico se basó en el campo epistémico de la RPB, utilizando una matriz con tres dimensiones: concepción de salud/sufrimiento mental; propósito del cuidado; sentidos de desinstitutionalización. Los resultados apuntan a la duplicidad de significados con conocimiento expandido y emancipatorio del modelo psicosocial, y en el conocimiento psiquiátrico tradicional del modelo de asilo. Se identificaron múltiples significados de desinstitutionalización. La difícil operacionalización de las ideas de la RPB y los valores de asilo demuestran la necesidad de rescatar y fortalecer las ideas del modelo psicosocial.

Palabras Clave: Salud mental. Desinstitutionalización. Servicios de salud mental. Reforma psiquiátrica, Sistema Único de Salud (SUS).

Introdução

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) emergiu com propósito de superação do modelo manicomial-asilar no qual as pessoas em sofrimento mental eram concebidas como perigosas¹, desconstituídas de razão e de saber sobre si e estavam submetidas a tratamentos violentos, excludentes e com práticas de disciplinarização de corpos². Ao tomar por referência o paradigma psicossocial, a RPB busca ultrapassar as compreensões restritivas de normal-patológico e construir uma práxis centrada no sujeito inserido em um contexto sociocultural³.

A RPB se inspira no processo de Reforma Psiquiátrica italiana, que concebe a ideia/conceito de desinstitucionalização a partir da perspectiva de desconstrução do modelo manicomial. Os principais objetivos almejados são o desmantelo do hospital psiquiátrico, a estruturação de serviços substitutivos para prestação do cuidado integral em meio aberto e comunitário⁴, a transformação das relações de poder entre sujeitos, instituições e sociedade⁵ e a transposição do lugar do usuário de objeto passivo de intervenção para uma posição ativa de sujeito-político⁶.

Desta forma, a reforma psiquiátrica se configura enquanto processo amplo e complexo que demanda constantes desconstruções e reconstruções. Amarante⁷ reflete que o movimento da reforma psiquiátrica pressupõe a necessidade de transformações nos campos teórico-epistêmico, técnico-assistencial, jurídico e sociocultural. O campo teórico-epistêmico pressupõe transição paradigmática que possibilite romper epistemologicamente com os construtos positivistas e da psiquiatria tradicional e construir novos paradigmas relacionados à saúde mental. O campo técnico-assistencial se inter-relaciona à anterior e consiste nos conceitos norteadores da produção de cuidado em saúde mental. O campo jurídico consiste no aparato normativo-legal de garantia de direitos e organização das ações e serviços. O campo sociocultural consiste na transformação do lugar social do sofrimento mental a partir de modificações no imaginário social^{7,8}.

Conforme versa Rotelli et al.⁵, se faz necessário que o campo da saúde mental problematize e situe epistemologicamente seus constructos basilares de sofrimento mental, cuidado-cura, desinstitucionalização e propósito do cuidado, com vistas à produção de conhecimentos e novas formas de cuidado orientadas para a garantia de direitos e cidadania. As rupturas com o modelo manicomial permitirão desenvolver novas concepções pautadas por uma ética emancipatória e libertária⁷. Neste sentido, o modelo psicossocial toma como pressuposto elementar o sujeito em sua singularidade em oposição ao olhar unicamente para a patologia, além de compreender os múltiplos vetores que se interrelacionam ao processo de saúde/sofrimento mental⁸.

A trajetória da saúde mental no Brasil revela um processo de disputa de concepções epistemológicas e simbólicas sobre a loucura e o adoecimento mental. Mesmo que os progressos verificados no processo de desinstitucionalização sejam substanciais e revelem consistentes transformações nos últimos 30 anos, a política de saúde mental no país está longe de ser considerada plenamente exitosa e se verificam diversas fragilidades na implementação da mesma⁹. Como agravante, as mudanças na política nacional de saúde mental e na política de drogas desencadeadas a partir de 2016, em especial com a inserção do hospital psiquiátrico à Rede de Atenção Psicossocial, o foco na abstinência, o fortalecimento das comunidades terapêuticas e internações psiquiátricas e o incentivo à biologização do cuidado, apontam para movimentos de ressignificação da dimensão epistêmica da RPB.

Ante à esta realidade, é no campo epistêmico que esta pesquisa se debruça com o intuito de identificar e refletir sobre as bases teórico-conceituais da RPB. Toma-se por referência que a compreensão dos sentidos e significados vigentes produz implicações em termos assistenciais, organizacionais e socioculturais. Assim, o contraponto às estratégias de segregação e docilização dos corpos convocam ao desenvolvimento de novos constructos ético-políticos do fazer em saúde mental².

Diante desse contexto, o estudo objetivou analisar a dimensão epistêmica da Reforma Psiquiátrica Brasileira sob a ótica de gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde mental.

Métodos

Este é um estudo qualitativo voltado para a análise das compreensões e significados de profissionais, gestores e usuários de serviços de saúde mental sobre as bases conceituais da RPB.

Foi utilizado como referencial teórico-metodológico a dimensão epistêmica da reforma psiquiátrica^{4,5,7,8,10,11}. Os fundamentos epistemológicos da mesma aludem para o entendimento das bases teóricas do objeto de intervenção e da prática realizada nos serviços de saúde mental¹⁰ e propõe a ruptura com os fundamentos da psiquiatria tradicional⁸. Assim, busca a transição crítica dos conceitos basilares da psiquiatria tradicional, em especial no que tange à concepções de doença mental, cuidado-cura, desinstitucionalização e do papel terapêutico dos hospital psiquiátrico¹⁰. Em seu lugar, propõe a tessitura de um novo paradigma ético-científico, a partir da interseção dos

diversos atores e disciplinas, para produção de um novo olhar ao sofrimento mental e ao lugar social destinado aos sujeitos que experienciam esta condição⁸.

Do ponto de vista metodológico, o estudo buscou articular as concepções dos sujeitos sociais diretamente envolvidos da atenção em saúde mental e as experiências vivenciadas nos serviços com os pressupostos teóricos do modelo psicossocial. Assim, a metodologia se fundamentou no intercruzamento de práticas discursivas e de vivências observadas analisadas à luz do referencial epistêmico da RPB.

Como instrumento analítico, foi utilizada uma matriz de análise das dimensões teórico-conceituais da RPB, construída previamente pelos atores e refinada após coleta de dados. A matriz considerou a existência-sofrimento mental do sujeito na sua relação com o tecido social, cuidados, emancipação e autonomia¹² de modo a enfocar como os significados dos conceitos acerca do sujeito em sofrimento mental se relacionam com a prática dos serviços e o fazer dos profissionais. A partir do aporte teórico utilizado^{4,5,7,10,11} a matriz foi composta por três dimensões (Quadro 1): Concepção de saúde/sofrimento mental; Propósito do cuidado em saúde mental; e Sentidos da desinstitucionalização.

A dimensão concepção saúde/sofrimento mental engloba as compreensões a respeito de saúde/doença mental e o lugar designado aos sujeitos em sofrimento mental, com direcionamento para a análise do significado da doença/sofrimento mental e do reconhecimento da existência complexa dos sujeitos no seio comunitário. A dimensão propósito do cuidado abrange os objetivos do cuidado prestado, os meios de intervenção e os efeitos das práticas desenvolvidas, em que se buscou explorar as bases conceituais da produção do cuidado em saúde mental e as finalidades das intervenções desenvolvidas. A dimensão desinstitucionalização teve por interesses os significados dos conceitos de desinstitucionalização, dado à sua polissemia e complexidade, considerando quatro principais compreensões: desconstrução, desospitalização, desassistência e institucionalização nos serviços substitutivos.

Quadro 1. Matriz de análise do campo teórico-conceitual da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Dimensão	Descrição	Subdimensão
Concepção de saúde/sofrimento mental	Considera as compreensões do processo saúde - sofrimento mental – cuidado. Busca analisar como o paradigma tradicional da doença mental, enquanto condição incapacitante e segregadora, está sendo questionado. Toma por referência a possibilidade existencial para além do adoecimento psiquiátrico. Desse modo, analisa o espaço social atribuído às pessoas em sofrimento mental, considerando a autonomia destes e as relações sociais estabelecidas.	Concepção de saúde/sofrimento mental
		Local social do sujeito em sofrimento mental
Propósito do cuidado	A análise parte da premissa de que na atenção psicossocial a supressão dos sintomas não é o objetivo principal do cuidado prestado. Ainda que possa ser almejada, o foco consiste na produção de saúde, potência de vida e participação social. É necessário compreender como a família, os sistemas de saúde e a própria sociedade vêm superando a concepção de tratamento centrado no isolamento do sujeito em instituições asilares. Também considera como vem sendo rompida a ideia de cura enquanto retorno ao equilíbrio, à normalidade concebida socialmente.	Objetivos do cuidado
		Meios de tratamento
		Efeitos dos cuidados e intervenções
(Continua) Sentidos da desinstitucionalização	Consiste nos constructos relacionados ao conceito de desinstitucionalização. Toma por referência principal a desinstitucionalização como desconstrução, em que objetiva o rompimento com o saber/fazer da psiquiatria tradicional e da abordagem manicomial e a reorientação do cuidado em meio aberto com a emancipação e autonomia dos sujeitos. A desospitalização considerou medidas de fechamento dos hospitais psiquiátricos e a transmutação do cuidado para meio aberto sem questionamentos acerca dos saberes fundantes da psiquiatria tradicional. A Desinstitucionalização como desassistência integrou compreensões sobre a insuficiência dos assistência gerada pelo fechamento do hospital psiquiátrico. A institucionalização nos serviços substitutivos, considerou que as práticas manicomiais podem também se reproduzir no interior dos serviços substitutivos.	Desconstrução
		Desospitalização
		Desassistência
		Institucionalização nos serviços substitutivos

Fonte: Elaborado pelos autores a partir das reflexões sobre os pressupostos epistemológicos da RPB.^{4,5,7,8,10,11}

O estudo foi realizado no município de Vitória da Conquista, terceira maior cidade do estado da Bahia, com população de 338.885 habitantes¹³. Consiste em importante polo educacional

e de referência de saúde do sudoeste da Bahia e norte de Minas Gerais. A rede de atenção psicossocial do município é constituída por sete Unidade Básica Tradicionais de Saúde, 45 Equipes de Saúde da Família (eSF), cinco equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), uma equipe de Consultório na Rua, dois ambulatórios especializados, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), uma Residência Terapêutica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), três portas hospitalares e uma enfermaria especializada em saúde mental em Hospital Geral¹⁴.

As informações foram obtidas por meio de entrevista semiestruturada e observação participante, no período de julho a dezembro de 2019.

Conforme apresentado na Tabela 1, o estudo englobou três grupos de participantes, gestores, profissionais e usuários, totalizando 33 entrevistados. A seleção dos participantes foi definida por critério de conveniência, com informantes estratégicos integrantes dos diversos serviços analisados. Os critérios de inclusão para os gestores e profissionais se deram em função da posição que os participantes ocupam na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Foram incluídos gestores que exerciam funções de gestão municipal de saúde e das coordenações dos CAPS e hospital. Entre os profissionais, incluiu-se os que prestavam atendimento direto e contínuo aos usuários, buscando-se contemplar as diferentes categorias. Os critérios de exclusão foram menos de seis meses de atuação para profissionais e três meses para gestores.

Para os usuários, os critérios de inclusão foram: ter mais de 18 anos; estar lúcido e orientado no momento da entrevista; e frequentar a instituição há pelo menos três meses. Os critérios de exclusão foram ter parentesco com profissionais ou gestores da instituição. Encontrou-se dificuldades para identificar usuários que atendessem aos critérios de inclusão, o que resultou na discrepância de entrevistas desse grupo. Buscou-se contemplar ao menos um usuário adulto de cada CAPS, um acompanhado pela eSF e um do hospitalar geral.

Para cada grupo de participante foi elaborado um roteiro de entrevista pautado nas concepções epistemológicas do sofrimento mental e do sujeito em sofrimento mental, no propósito do cuidado e no constructo de desinstitucionalização.

A observação participante teve como propósito identificar a rotina dos serviços e as práticas dos profissionais. Utilizou-se a modalidade “observador-como-participante”, que consistiu na observação sistemática das situações com poucos momentos de participação nas atividades¹⁵. A seleção das instituições considerou aquelas que realizavam prestação direta de cuidados em saúde

mental. Com exceção do SAMU, todas as instituições elegíveis foram contatadas e aceitaram participar do estudo. A não inclusão do SAMU foi motivada pela inviabilidade operacional de deslocamento junto com o serviço de urgência para o atendimento aos casos de crise. A observação foi realizada nos serviços: CAPS II, CAPSia, CAPSadIII, três NASF-AB instalados na zona urbana, três eSF vinculadas aos respectivos NASF-AB, Equipe de Consultório na Rua e enfermaria e ambulatório especializado do Hospital Geral. O tempo total de observação foi de 130 horas. As observações foram guiadas por um roteiro que contemplava aspectos sobre a estrutura física dos serviços, a interação profissional-usuário, as atividades desenvolvidas e as abordagens realizadas.

As entrevistas foram gravadas em aparelho de áudio digital e transcritas e as observações dos serviços foram registradas em diário de campo. O material obtido nas entrevistas e observação participante foram categorizados e codificados com base nos pressupostos de Strauss e Corbin¹⁶ que, por meio de codificações abertas e axiais, envolveram comparações constantes entre categorias, conceitos e fenômenos e separadas por critérios semânticos de conteúdo.

Tabela 1. Número de participantes entrevistados por tipo de serviço. Vitória da Conquista, 2019.

	Profissionais	Gestores	Usuários
CAPS (II, AD e IA)	2 enfermeiros 3 psicólogos 2 assistentes sociais 2 psiquiatras	3	3
Atenção Básica (eSF e NASF-AB)	3 enfermeiros 3 psicólogos	2	1
Consultório na Rua	1 assistente social 1 psicólogo	—	—
Hospital Geral	1 enfermeiro 1 psicólogo 1 assistente social 1 psiquiatra	2	1
Total	21	7	5

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, parecer nº 3.374.680. Todos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Os resultados dos estudo estão apresentados de acordo com as três dimensões da matriz de análise.

Concepção de saúde/sofrimento mental

O sofrimento mental foi percebido pelos três grupos entrevistados como fenômeno multicausal e que se relaciona com as diversas dimensões da vida. A compreensão de sofrimento mental grave abrangeu entendimentos sobre como esta condição afeta e é afetada pelos diversos contextos sociais. Foi ressaltada também a necessidade de avaliação criteriosa para a não patologização das experiências de sofrimento inerentes à existência.

A gente vai na verdade na contramão de pensar isso: "Você não é essa doença, você está assim". [...] Porque se a gente não acreditar nisso, a gente vai engessar a pessoa dentro de um diagnóstico, né? (Entrevista 13 - gestor)

Entretanto, os três segmentos também revelaram situações de desmerecimento do sofrimento mental que aludem à concepção restrita do processo saúde/sofrimento mental. As atribuições sociais relacionadas à esta expressão de sofrimento incluíram adjetivos como: chilikies, frescuras, preguiça e falta de Deus. Esta não validação do sofrimento mental reforçou compreensões estigmatizantes.

Quando cheguei no hospital, o médico me falou sabe o que? "Ah você não tem nada não, toma um chazinho que você melhora. (Entrevista 29- usuário)

Porque muitas vezes é aquele paciente que ele é 'pitiático', é aquele paciente problemático, é aquele paciente que está ali o tempo todo na unidade. (Entrevista 18- gestor)

Sobre à concepção acerca do sujeito em sofrimento mental, predominou nos três grupos o delineamento conceitual que reconheceu às múltiplas possibilidades de existência para além do adoecimento mental. A compreensão ampliada transcendeu a patologia psiquiátrica e mostrou

considerar a existência do ser complexo, com peculiar história de vida e múltiplas dimensões e possibilidades de existência.

Ele é visto como um sujeito. Ele não é visto só no seu transtorno, só o diagnóstico. Então é visto toda a sua questão de família, o contexto que vive, a escola, a sua condição financeira. Enfim, todas as questões ambientais que interferem inclusive nesse comportamento dele, né? (Entrevista 8 - profissional)

Os resultados demonstraram a transposição do lugar de sujeito dotado de não saber e passivo às intervenções realizadas em seu corpo, para uma posição ativa de participação na produção de cuidado e na validação de desejos.

De maneira análoga às concepções de saúde/sofrimento mental, também foram identificados entendimentos restritos às características psiquiátricas das pessoas, que imprimiram caráter de periculosidade, desrazão e marginalização. Os usuários evidenciaram as experiências vivenciadas nas quais o lugar de pessoa em sofrimento mental obstaculiza a participação nos espaços sociais e dificulta as possibilidades de inserção laboral.

Na sociedade é muito difícil lidar com esses problemas. Não sei quantos anos já faz que eu procuro emprego. Nas entrevistas tenho aquele medo de falar "eu sofro com isso" porque eu já sou descartado logo de primeira. (Entrevista 15 - usuário)

Os registros no diário de campo apontaram para relações entre instituição-sujeito na qual os usuários se reconhecem e são reconhecidos unicamente a partir do viés da patologia. Profissionais e gestores relacionaram este processo como uma das formas de se garantir acesso aos serviços de saúde, aos benefícios sociais e a um espaço social, ainda que limitado ao interior dos serviços.

Propósito do cuidado

Os resultados evidenciaram significativa introjeção dos três grupos acerca dos conceitos de cuidado pautados no modelo psicossocial. No discurso dos entrevistados predominaram considerações sobre a importância do fazer para além da busca da cura e do medicamento e que se sustentasse nos preceitos da produção de autonomia e da inserção social das pessoas em sofrimento mental.

Quanto aos objetivos dos cuidados prestados, gestores, profissionais e usuários reconheceram que o cuidado psicossocial deve buscar a superação de práticas medicalizantes voltadas exclusivamente para a remissão de sintomas. Foi destacada a necessidade de práticas de cuidado abrangentes com vistas a propiciar a ressignificação do sofrimento, a valorização da autonomia, da qualidade de vida e da reconstrução da identidade enquanto sujeito social.

É a busca da melhoria dessa qualidade de vida, de um modo amplo. Eu diria é qualidade de saúde, qualidade social, de emoções, de sentimentos, eu acho que é isso. (Entrevista 11 - profissional)

Para este propósito, se mostraram insuficientes os fazeres automatizados e médico centradas. De acordo com os participantes, os meios de tratamento deveriam se alargar e contemplar o vínculo, a empatia e o estabelecimento de relações horizontalizadas. Assim, foi atribuída considerável relevância à utilização de diversas estratégias de cuidado, para além da consulta tradicional e do saber especializado. O cuidado ampliado foi manifestado como importante reivindicação dos usuários.

Não é só chegar aqui e dar remédio, fazer o trabalho aqui. Você tá mexendo com saúde, não é indústria, não é algo com vendedor, é a área de saúde. (Entrevista 15 - Usuário).

Sobre os efeitos dos cuidados e das intervenções, foi possível identificar limitações nas ações desenvolvidas. Embora tenha sido identificadas realização de ações não medicamentosas, a exemplo de grupos terapêuticos, oficinas e atividades culturais, as observações realizadas e registradas no diário de campo possibilitaram constatar a insuficiência da atenção psicossocial. Aspectos referentes às fragilidades do sistema de saúde, como a frágil formação profissional, precarização dos processos de trabalho, sobrecarga dos serviços e subfinanciamento crônico, foram destacados por profissionais e gestores como limitadores do desenvolvimento do modelo psicossocial. Também a grande vulnerabilidade social dos usuários foi compreendida por profissionais e gestores como dificultador do cuidado ampliado.

Não adianta ficar só conversando com o usuário, ele precisa de uma casa, ele precisa ter comida. Eu conversei no grupo, mas ele não tem comida, né? (Entrevista 4 - profissional).

As práticas assistenciais voltadas para a remissão sintomatológica mostraram-se pouco articuladas com projetos de vida e inserção territorial. Fortaleceu-se assim, o papel da internação e do cuidado em ambientes reclusos e especializados. Também foi evidenciado por profissionais e gestores, a secundarização dos casos de sofrimento mental e a negligência do cuidado.

Algun atendimento a gente vai ter que menosprezar. Como eu não posso menosprezar o atendimento da gestante ou diabético... aí o que você acaba dando menos atenção é a saúde mental. [...] Chega um paciente de saúde mental e ninguém quer nem começar, né? (Entrevista 30 – profissional)

A impressão que eu tenho é que ele só era tratado com as medicações, os psicotrópicos, tá? Ninguém imaginava que é um paciente que pode ter uma cardiopatia, um diabetes, um câncer. [...] Porque ele tem uma doença psíquica, ele não tem o direito de ter acesso, ele tem que morrer, né? (Entrevista 24 - gestor)

Foram identificadas situações de violência tanto na atenção hospitalar como nos serviços substitutivos. A observação de campo possibilitou identificar situações de cárcere privado e de práticas rotineiras de contenção física em âmbito hospitalar. Nos serviços substitutivos, as entrevistas revelaram a existência de castigos e práticas manicomialis a serem superadas.

Conversões históricas, era a chamada DNV, distúrbio neurovegetativo. Tinha médico, quando chegava os DNV, eles faziam questão de, entre aspas, torturar. É DNV? Faz as medicações mais dolorosas. (Entrevista 14 - profissional)

Em que pese a importância dos usuários reivindicarem o cuidado ampliado, durante a observação participante foram constatados movimentos dos usuários de excessiva valorização da consulta médica e da terapêutica medicamentosa. Além disso, foi possível observar serviços que, embora substitutivos, se constituíram essencialmente como espaço de prescrição medicamentosa, a exemplo do ambulatório especializado.

Sentidos da desinstitucionalização

Os discursos revelaram a coexistência dos quatro sentidos da desinstitucionalização. Os resultados demonstraram que gestores e profissionais apreenderam o significado abrangente do termo, mas ainda se apropriam das demais perspectivas a depender do contexto e situação vivenciadas. Os usuários demonstraram requerer um modelo de cuidado como desconstrução e fundamentado na autonomia e na inserção social.

A desinstitucionalização como desconstrução se fundamentou na importância do fim dos manicômios e na necessidade de desconstruir modos de pensar, cuidar e se relacionar com os sujeitos em sofrimento mental. Para os três segmentos, é necessário ampliar o olhar sobre os determinantes envolvidos no processo de sofrimento, reconhecer o sujeito além da patologia e promover a autonomia e a inclusão.

Eu acho que desinstitucionalizar esse nosso modo de pensar vai reverter também nesse modo de falar, de fazer, de cuidar, né? E não é só no modelo manicomial, do aprisionamento ali, mas de rever mesmo essas outras visões limitadas que a gente têm. (Entrevista 20 - profissional)

Tem esse estigma que essa linha de cuidado carrega. Quando a gente fala desinstitucionalização a gente tem que lembrar disso e talvez seja a parte mais difícil: a quebra do modelo, a mudança de comportamento. (Entrevista 24- gestor)

É um caminho difícil, porque você tem que potencializar as individualidades e ao mesmo tempo o caráter coletivo. A saúde mental é exatamente esse caminho a ser trilhado, de A a Z, onde o A é a individualidade, a autonomia e o ponto ótimo é chegar no Z, que eu poderia intitular como o ponto Zen. (Entrevista 5- usuário)

Em que pese a importância de se conhecer e assimilar a proposta da desinstitucionalização consonante aos preceitos da RPB, o significado abrangente, em grande parte, se manteve restrito à reflexão teórica, com reiteradas afirmações das dificuldades de operacionalização.

O sentido relacionado à desospitalização se pautou na reorganização administrativa do cuidado com transferência do atendimento do hospital psiquiátrico para os serviços em meio aberto. É possível que o fechamento dos hospital psiquiátrico do município, dois anos antes da realização da pesquisa tenha influenciado este sentido da desinstitucionalização. Embora gestores e profissionais tenham ressaltado a importância da abordagem comunitária, foi entre os usuários que a desospitalização apresentou legitimidade frente às vivências do tratamento manicomial.

É uma prisão. As pessoas vão lá, não tem autonomia, se tiver alguma coisa é logo amarrado. Os profissionais são trabalhados mais pra essa força bruta. No CAPS a gente entra para ser tratado, mas as portas continuam abertas pra sair e voltar. Diferente do hospital psiquiátrico que a gente fica preso ali e ao invés de melhorar como no CAPS a gente tende a piorar (Entrevista 15 – usuário).

Conjuntamente com a defesa do fechamento do hospital psiquiátrico, foi ressaltado a necessidade da RAPS ser estruturada para que o processo de desospitalização pudesse efetivar-se

de maneira exitosa. Desta forma, o sentido de desospitalização foi associado à perspectiva da desassistência. Assim, as observações participantes demonstraram que alguns usuários resistiam a migrar do ambulatório estadual para o CAPS pois temiam não conseguirem internamento hospitalar em quadros de crise, visto que o ambulatório e os leitos em hospital geral ocupam o mesmo espaço físico. Ao mesmo tempo, as entrevistas apontaram para críticas ao fechamento do hospital psiquiátrico do município sem a garantia da devida assistência necessária.

Eu vejo a importância do fechamento dos hospitais psiquiátricos, mas não concordo com a forma como aconteceu [...]. Deveria acontecer da melhor forma possível, sem deixar familiares e usuários desassistidos, entendeu? (Entrevista 22- profissional)

Sobre a subdimensão da institucionalização nos serviços substitutivos, os sentidos revelados foram que as institucionalizações não se restringem ao ambiente dos hospitais psiquiátricos. Gestores, profissionais e usuários revelaram que as relações paternalistas e tutelares, a manutenção do usuário por longos períodos de tempo e as dificuldades de interação com o território favoreceram processos neoinstitucionalizantes.

Os CAPS, às vezes, são muito muito manicomiais também. [...] A desinstitucionalização só vai funcionar, quando a gente começar a trabalhar essa questão da autonomia, porque existe uma rotina muito paternalista ligada, assim, em saúde mental, né? (Entrevista 10 - profissional)

Os entrevistados também ressaltaram que as internações recorrentes e as dificuldades em promover processos de alta se configuram como novas formas de institucionalização. Esses posicionamentos se alinharam com os apontamentos da observação participante que demonstrou a coexistência de ações de promoção de autonomia e de neoinstitucionalização. Tanto ocorreram situações de usuários recusarem veementemente a condição de alta sob alegação de impossibilidade de se desvincular dos serviços, quanto situações de tutela excessiva dos serviços sob a égide de proteção ao usuário e de incurabilidade dos quadros.

Discussão

O estudo apontou para a tautocronia de sentidos pautados nos saberes ampliados e emancipatórios, conforme preceitos do modelo psicossocial, assim como em saberes psiquiátricos tradicionais, consoantes ao modelo manicomial. Estas concepções epistêmicas sustentam

diferentes direcionamentos acerca do cuidado em saúde mental e ao local reservado a estas pessoas na sociedade. Foi identificado que os fundamentos teórico-conceituais da RPB foram apreendidos pelos principais grupos implicados com a saúde mental, no entanto as concepções abrangentes foram relativizadas e minimizadas diante do cenário de difícil operacionalização na prática cotidiana dos serviços.

Perspectivas concomitantes sobre o processo saúde/sofrimento mental foram também reveladas em outros cenários. Luzio e L'Abatte¹⁷ constaram duas principais concepções de sofrimento mental em municípios de São Paulo, uma em consonância com o modelo manicomial e outra como fenômeno histórico-social. Pande e Amarante¹⁸ identificaram dubiedade nas perspectivas de profissionais do CAPS do Rio de Janeiro, os profissionais ora transmitem a ideia pessoa em sofrimento mental como alienado e dependente do serviço ora buscam favorecer a autonomia e a cidadania dos usuários. Deste modo, os resultados da presente investigação se coadunam a uma realidade que parece persistir no cenário nacional de conhecimento dos fundamentos epistemológicos da reforma psiquiátrica e ao mesmo tempo a manutenção de facetas do modelo manicomial.

Mesmo que se tenha evidenciado significativas introjeções acerca da análise ampliada de saúde/sofrimento mental, estas não se mostraram suficientes para produzir mudanças substanciais no lugar social ocupado pelas pessoas nesta condição. Os entendimentos abrangentes dos profissionais e gestores, que consideraram os múltiplos fatores que influenciam no processo de saúde/sofrimento mental, mostraram favorecer o olhar sobre a singularidade do sujeito e a importância o lugar ocupado pelo adoecimento no contexto da vida. No entanto, foi a partir das vivências manifestadas pelos usuários que se evidenciam processos existenciais ainda marcados pela segregação, discriminação e limitações na participação social. Na relação com os serviços da RAPS e com outros setores sociais o lugar ocupado não era de cidadania plena, conforme pressupostos epistêmicos da RPB^{7,8}, a inserção se dava pela condição patológica e de necessidade de tutela.

O estudo corrobora a persistência de um imaginário rígido e limitado para as pessoas em sofrimento mental e não raro esta condição converte-se em única possibilidade de existência e sobrevivência dos mesmos. Lima¹¹ destaca a conformação de uma pactuação perversa que, por vezes, envolve instituições, usuários e sociedade. Assim, o diagnóstico de doença mental emerge como única possibilidade de reconhecimento e de acesso à proteção social para assegurar garantia

de renda, de direitos e de acesso aos serviços de saúde. A visão deste sujeito limitada à consumidor dos produtos e serviços de saúde mental, promove uma cidadania frágil, que fomenta a dependência às instituições¹¹. Vigora assim, o processo de “inclusão perversa”, a partir da dialética inclusão-exclusão. Os movimentos inclusivos são realizados a partir do lugar de “pessoa com sofrimento mental” e em decorrência da exclusão realizada pela própria sociedade²⁰.

No que tange à dimensão propósito do cuidado, a identificação de constructos pautados no modelo psicossocial, consonante aos propósitos da RPB, desvelou avanços na compreensão dos grupos entrevistados sobre o fazer em saúde mental. Todavia, entrevistas e observações de campo também revelaram a existência do hiato entre a capacidade de compreensão e as dificuldades de operacionalização das práticas emancipatórias no cotidiano dos serviços.

O cuidar em saúde mental implica em mobilizações que se sobrepujam aos limites do setor saúde. De acordo com Organização Mundial de Saúde²¹, os países devem orientar os sistemas sanitários e de proteção social de modo que aprimore a qualidade do atendimento às pessoas em sofrimento mental, com enfoque participativo e de garantia dos direitos. No cenário internacional, as abordagens emancipatórias fundamentam-se principalmente no cuidado em saúde mental centrado nas pessoas²² e mais recentemente no modelo de recuperação social (*Mental Health Recovery*)²³.

A recuperação social é entendida como a capacidade das pessoas de levar vidas como cidadãos ativos e socialmente integrados, com independência econômica e residencial, enquanto experimentam problemas de saúde mental²⁴. Diferente da recuperação pessoal, mas inter-relacionada a ela, a recuperação social inclui os componentes assistenciais, sociais, econômicos, culturais e comunicacionais. De acordo com a Comissão Global Saúde Mental²⁵, os problemas psicossociais possuem grande capacidade de gerar e ampliar as iniquidades em saúde, cabendo aos governos e à sociedade o desenvolvimento de ações baseadas em direitos para proteger o bem-estar dos cidadãos.

Neste contexto, os sistemas de saúde possuem responsabilidade destacada para a prestação de cuidados abrangentes, articulados com setores sociais e não restritos à assistência sintomatológica. Tanto as entrevistas como as observações de campo evidenciaram problemas estruturais e organizacionais da RAPS que resultam na limitação da atenção psicossocial. Esta situação mostra-se ainda mais preocupante frente ao atual cenário vivenciado no Brasil de desmonte do SUS e de fragilização da RAPS, especialmente a partir de 2017. Apesar dos avanços

alcançados e da transformação substancial no sistema nacional de saúde mental, as iniciativas contrarreformistas se direcionam às abordagens institucionais e a subalternização sistemática das abordagens integradas de caráter comunitário⁹.

Os achados da pesquisa relacionados à vulnerabilidade social também demonstram a complexidade e os tensionamentos envoltos no desenvolvimento do cuidado ampliado em saúde mental. Assim, as ações de cuidado devem se articular às práticas de enfrentamento da miséria, violência e vulnerabilidade social²⁶ para ampliar as possibilidades de existência. Para tanto, se faz necessário o questionamento do caráter estrutural das sociedades capitalistas com suas contradições produtoras de desigualdade social, para que não se naturalize e normatize o intolerável²⁷.

A negligência de cuidados pelos próprios serviços assistenciais reforçam o pensamento hegemônico segregacionista. Limitações assistenciais foram motivadas principalmente pela sobrecarga dos serviços, preconceitos dos profissionais de saúde e preparo inadequado para atuação em saúde mental. Assim como na presente investigação, também Onocko-Campos et al.²⁸ identificaram a redução dos usuários à condição de doente mental.

Neste sentido, a formação insuficiente também contribuiu para alargar o fosso entre a introjeção dos conceitos e o desenvolvimento de práticas capazes de superar a hegemonia tradicional. Enquanto agentes executores e de sustentação do modelo de cuidado proposto, os profissionais podem construir novas ou reproduzir antigas práticas²⁹. As sucessivas transformações paradigmáticas e assistenciais pautam necessidades em relação à formação profissional em saúde mental. Assim, além de saber a clínica tradicional³⁰, o trabalhador em saúde mental precisa estar aberto ao desenvolvimento de novas relações e novas formas de cuidar²⁹.

Sobre a dimensão da Desinstitucionalização, os sentidos que emergiram no estudo se coadunam com as quatro perspectivas elencadas na matriz de análise e que se fundamentam nos constructos dos principais movimentos de Reforma Psiquiátrica no mundo^{4,10}. Esta multiplicidade de significados denota a polissemia do termo e a diversidade de perspectivas para as novas formas de cuidado em saúde mental. Os vários sentidos de desinstitucionalização se relacionam aos diferentes fundamentos epistêmicos e modelos organizativos da atenção em saúde mental^{10,31}.

Os sentidos de desinstitucionalização como desconstrução ratificam a introjeção dos fundamentos basilares da RPB, que por sua vez guarda proximidade com os fundamentos da psiquiatria democrática italiana. Franco Basaglia, psiquiatra italiano, chamou a atenção para o modelo asilar e manicomial que produziu milhões de pessoas privadas da própria existência³². A

psiquiatria democrática objetiva a desconstrução das bases fundantes da cultura manicomial para produzir novas conformações epistêmicas e assistenciais, que ofertem novo lugar social para o sofrimento mental no seio comunitário e novas relações entre sujeito, instituições e sociedade³³.

Os participantes expressaram outros sentidos menos abrangentes da desinstitucionalização. A desospitalização do cuidado em saúde mental foi defendido por usuários, profissionais e gestores na direção de arranjo organizacional descentralizado e em meio comunitário. Essa perspectiva se aproxima das correntes francesas e estadunidenses, sustentadas pela Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Comunitária, que operam críticas ao sistema psiquiátrico hospitalocêntrico, entretanto, sem questionar os saberes que o autorizam⁴.

A principal preocupação manifestada sobre a desospitalização vivenciada no município foi a desassistência gerada. Neste sentido, foi ressaltado que a RAPS existente não é suficiente para o atendimento à demanda. A relação entre desospitalização e desassistência não é uma característica exclusiva dos serviços analisados, está tem sido amplamente debatida na literatura nacional⁹ e internacional^{22,25}

Sobre os processos de neoinstitucionalização nos serviços substitutivos, os resultados encontrados apontam a existência do caráter paternalista do cuidado e a dificuldade em manejar casos de alta e de desenvolver ações voltadas para o território. As chances de novas institucionalizações no decorrer de reformas psiquiátricas já havia sido prevista por Basaglia³² e tem sido relatada em outras localidades do país¹⁸.

Nessa dimensão, destacam-se os paradoxos nas compreensões e práticas da desinstitucionalização. Nos três grupos investigados emergiram concepções abrangentes relacionadas à desconstrução e que se fundamentam nas matrizes epistêmicas da RPB. No entanto, as observações de campo, referendadas pelos discursos de profissionais e gestores, evidenciam práticas de tutela e processos de institucionalização nos serviços que se propõem desinstitucionalizantes. Também entre os próprios usuários emergiram dificuldades em se desvincular dos serviços.

Nesse sentido, em que pese os significativos avanços, é sugestivo que esteja em operação na prática cotidiana dos CAPS a reprodução de um modelo medicamentoso tutelado em meio comunitário. Assim, os processos de desinstitucionalização precisam ser repensados e reestruturados. As práticas produtoras de autonomia necessitam avançar e ser capaz de romper as

amarras da tutela que limitam o desenvolvimento da independência e da corresponsabilização do usuário pela própria saúde.

Assim, chama-se a atenção à necessidade de vigilância epistêmica do cuidado em saúde mental para que os dispositivos extra hospitalares não reproduzam a lógica manicomial, com velhas práticas maquiadas como novas^{1,6}.

À guisa de conclusão, ressalta-se que apesar de significativos avanços na produção de novas concepções epistêmicas acerca dos conceitos de saúde-doença, saúde mental e cuidado-cura, a superação do modelo psiquiátrico tradicional ainda não foi suplantada pelo modelo psicossocial. Da mesma forma, compreensões divergentes acerca do conceito de desinstitucionalização, demonstram a coexistência de pressupostos abrangentes e emancipatórios no mesmo tempo que ainda se mantém perspectivas reducionistas.

Desta forma, se faz necessário a mobilização dos polos de resistência evidenciados, bem como com a defesa de uma agenda política que coadune com os pressupostos do SUS e da RPB, para que seja possível produzir novas reflexões no campo teórico-epistemológico a fim de não pactuar com os constructos manicomiais, seja nos dispositivos substitutivos, seja na sociedade.

Referências

1. Barbosa VFB, Caponi SN, Verdi MIM. Risco como perigo persistente e cuidado em saúde mental: sanções normalizadoras à circulação no território. *Saude soc.* 2018; 27(1): 175-184.
2. Paulon SM. Quando a cidade “escuta vozes”: o que a democracia tem a aprender com a loucura. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(63): 775-786.
3. Oliveira PRS, Tófoli LFF, Lima AF, Castro EMA. O modo Psicossocial e suas consequências teóricas e práticas na interlocução entre saúde mental e saúde da família. In: Lima AF, editor. *(Re)pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização*. Curitiba: Appris; 2018. p. 163-184.
4. Desviat M. *A Reforma Psiquiátrica*. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
5. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicacio F, organizadora. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 17-60.
6. Amarante P, Torre EHG. “De volta à cidade, sr. cidadão!”- reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Rev. Adm. Pública*. 2018; 52(6): 1090-1107.
7. Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 4a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.

8. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
9. Almeida JMC. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(11): e00129519.
10. Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para loucura e a psiquiatria. 5a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016.
11. Lima AF. Metamorfe, anamorfose e reconhecimento perverso: a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica. São Paulo: FAPESP/EDUC; 2010.
12. Luzio CA. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003.
13. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [internet]. 2018 [citado 31 Mar 2020]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/vitoria-da-conquista.html>.
14. VITÓRIA DA CONQUISTA. Secretaria Municipal de Saúde. [internet]. 2020 [citado 31 Mar 2020]. Disponível em: <http://www.pmvc.ba.gov.br/saude>.
15. Agrosino M. Etnografia e observação participante. Porto Alegre: Artmed; 2009.
16. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed; 2008.
17. Luzio CA, L'Abbate S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface (Botucatu)*. 2006; 10(20): 281-298.
18. Pandé MNR, Amarante P. A nova cronicidade em questão: Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos. In: Lima AF, editor. (Re)pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização. Curitiba: Appris; 2018. p. 59-74.
19. Teixeira MR, Couto MCV, Delgado PGG. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. *Cien Saude Colet*. 2017; 22(6): 1933-1942.
20. Sawaia BB, organizadora. As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Ed. 11. Petrópolis: Vozes; 2011: 7-13.
21. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Realising recovery and the right to mental health and related services: WHO QualityRights training to act, unite and empower for mental health (pilot version). World Health Organization; 2017.
22. Kohrt BA, Asher L, Bhardwaj A, Fazel M, Jordans MJD, Mutamba BB et al. The role of communities in mental health care in low-and middle-income countries: a meta-review of components and competencies. *Int J Environ Public Health*. 2018; 15(6): pii: e1279.

23. Hall T, Kakuma R, Palmer L, Martins J, Minas H, Kermode M. Are people-centred mental health services acceptable and feasible in Timor-Leste? A qualitative study. *Health Policy Plan*. 2019; 34(Supplement_2): ii93-ii103.
24. Ramon S. The place of social recovery in mental health and related services. *Int J Environ Public Health*. 2018; 15(6): pii: E1052.
25. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018; 392(10157): 1553-1598.
26. Zissi A, Stalidis G. Social class and mental distress in Greek urban communities during the period of economic recession. *Int J Soc Psychiatry*. 2017; 63(5): 459-467.
27. Romagnoli RC, Neves CEAB, Paulon SM. Intercessão entre políticas: psicologia e produção de cuidado nas políticas públicas. *Arq Bras Psicol*. 2018; 70(2): 236-250.
28. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate*. 2014; 38(n.spe): 252-264.
29. Emerich F, Onocko-Campos R. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23: e170521.
30. Wetzel C, Kohlrausch ER, Pavani FM, Batistella FS, Pinho LB. Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(suppl.2): 1729-1738.
31. Andrade APM, Maluf SW. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(63): 811-821.
32. Serapioni M. Franco Basaglia: biography of a revolutionary. *Hist Cien Saude Manguinhos*. 2019; 26(4): 1169-1187.
33. Mezzina R. Forty years of the Law 180: the aspirations of a great reform, its successes and continuing need. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018; 27(4): 336-345.

5.3 ARTIGO 4. Em direção à Saúde Mental Abrangente: experiências e desafios da atenção psicossocial no Brasil ⁴

Em direção à Saúde Mental Abrangente: experiências e desafios da atenção psicossocial no Brasil

Resumo

Existem recomendações para que os cuidados em saúde mental sejam desenvolvidos em perspectiva abrangente, centrado nas pessoas e organizado prioritariamente por serviços comunitários. O Brasil promoveu nas últimas décadas uma reforma psiquiátrica voltada à transformação do modelo manicomial para o modelo psicossocial de saúde mental. No entanto, o país atravessa mudanças políticas e econômicas que ameaçam a sustentação da reforma. Este artigo apresenta os achados de investigação sobre dos cuidados em saúde mental desempenhado por serviços de uma rede de atenção psicossocial (RAPS) no Brasil. Nós conduzimos o estudo por meio de entrevistas semi estruturadas com 33 entrevistados (gestores, profissionais de saúde e usuários) e observação direta nos serviços de saúde mental integrantes de uma RAPS no Brasil. Para análise dos dados, nós desenvolvemos uma matriz de análise com as dimensões: Acesso aos serviços de saúde mental; Longitudinalidade do cuidado em saúde mental; Abrangência do cuidado em saúde mental; Atenção à crise. Os resultados indicam avanços em direção à prestação de cuidados abrangentes em saúde mental. Nós identificamos cuidados em saúde mental prestados prioritariamente por serviços comunitários, de portas abertas, com desenvolvimento de ações territoriais e busca da autonomia. Os princípios da desinstitucionalização e do modelo psicossocial sustentam a visão ampliada de gestores, profissionais e usuários sobre o cuidado em saúde mental. No entanto, existem dificuldades para prestação de cuidados abrangentes, os principais desafios foram: oferta insuficiente e dificuldades de acesso dos usuários em todos os níveis de cuidado; frágil integração entre os serviços; ausência de definições claras das responsabilidades de cada serviço; descontinuidade assistencial; limitações no suporte às famílias; fragilidade no atendimento à crise. Nós destacamos a necessidade de ampliação do financiamento e dos serviços da RAPS, qualificação profissional, apoio às famílias e desenvolvimento de estratégias para integração entre

⁴ A versão em inglês desse artigo esta em preparação para submissão à revista Health Policy and Planning.

serviços. A sustentação e ampliação dos cuidados em saúde mental perpassa pelo fortalecimento do sistema de saúde brasileiro, que está sob ameaça e desmonte.

Palavras chaves: Saúde Mental; Desinstitucionalização; Pesquisa de políticas e Sistemas de Saúde; Países de baixa e media renda; Brasil.

Mensagens chaves:

- Os cuidados em saúde mental foram descentralizados do hospital para os serviços comunitários e de atenção primária, no entanto persistem desafios relacionados à fragmentação da assistência prestada e frágil integração entre os serviços da rede de cuidados.
- Gestores e profissionais de saúde expressam visão abrangente sobre os cuidados em saúde mental
- Apesar dos avanços, o cuidado em saúde mental prestado pela Rede de Atenção Psicossocial ainda apresenta importante orientação biomédica.
- Problemas estruturais, incipiente capacidade de oferta dos serviços e formação inadequada dos profissionais limitam o acesso e a longitudinalidade do cuidado em saúde mental.

Introdução

Os modelos de cuidado em saúde mental têm sido amplamente debatidos por organismos internacionais, pesquisadores, gestores, profissionais e usuários. Neste contexto, a abordagem manicomial passou a ser fortemente questionada em decorrência das suas características de exclusão, abuso e violação dos direitos humanos (Yasui *et al.* 2016). A partir de meados do século passado, muitos países deflagraram movimentos de reforma psiquiátrica afim transformar as práticas asilares e violentas (Micheli 2019).

Atualmente, as orientações internacionais sobre as políticas de saúde mental se voltam para o cuidado no seio comunitário, articulado nos diversos âmbitos da atenção e sustentado pelo paradigma da saúde centrada nas pessoas e nas estratégias de Recovery (Fleury *et al.* 2018; Hall *et al.* 2019). A ênfase do cuidado é deslocada da doença para as pessoas e seus contextos, com a participação ativa de usuários, familiares, comunidades e serviços (Hall *et al.* 2019), além de foco na autonomia e integração social. Em 2013, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2013) estabeleceu o Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2020 e exortou os países membros a: fortalecerem a governança e coordenação de cuidado em saúde mental; estruturar serviços abrangentes, integrados, responsivos e centrados nas comunidades; desenvolver estratégias de promoção e prevenção em saúde mental; e apoiar pesquisas e evidências científicas neste campo de cuidado.

Embora sejam reconhecidos avanços na saúde mental global, a Comissão sobre saúde mental global e desenvolvimento sustentável do The Lancet indica lentidão na transformação técnica-assistencial, com alcance limitado sobre as pessoas (Patel *et al.* 2018). As experiências de muitos países demonstram ainda predominarem dificuldades de acesso aos serviços de saúde mental (Liang *et al.* 2018), violações de direitos humanos (Patel *et al.* 2018), insuficiente integração social (Bouras *et al.* 2018), não centralidade do cuidado no indivíduo e seus familiares (Wakida *et al.* 2018) e fragilidades na resposta aos quadros de crise (Lloyd *et al.* 2016). Além disso, a qualidade da prestação de serviços e os investimentos financeiros são, comumente, aquém dos serviços de saúde física (Patel *et al.* 2018).

Em países de baixa e média renda, embora também existam avanços, as dificuldades em cuidar adequadamente das questões de saúde mental são ainda maiores. Petersen *et al.* (2019), em estudo realizado nestes países, identificou como principais dificultadores do cuidado integrado e ampliado em saúde mental: as restrições de recursos financeiros e humanos, a fragmentação do

cuidado entre os setores e os frágeis indicadores essenciais de saúde mental. Wakida *et al.* (2018), estimam elevada proporção (até 85%) de pessoas com transtornos mentais graves sem receber tratamento adequado e resolutivo nestes países. Na América latina, uma elevada proporção de pessoas com transtornos mentais graves permanecem sem tratamento (Etienne 2018; Kohn *et al.* 2018). Em importante estudo sobre os países da região, Kohn *et al.* (2018) revelaram lacunas de tratamento na ordem de 74,7% para transtornos moderados e graves.

No Brasil, a prestação de cuidado em saúde mental é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). Este é um sistema universal, financiado por impostos gerais, e fundamentado na integralidade do cuidado e igualdade de acesso (Castro *et al.* 2019). A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) desenvolveu-se em paralelo e em consonância com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (Fernandes *et al.* 2020). A RPB tem alcançado avanços na conformação de um modelo de atenção psicossocial e comunitário, em substituição ao modelo manicomial até então vigente. (Onocko-Campos *et al.* 2018).

A Política de Saúde Mental do país foi amplamente reestruturada a partir da publicação da Lei 10.216 de 2001 (Brasil 2001), conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Essa lei revogou toda a arcaica legislação de saúde mental (Garcia e Oliveira 2017), proibiu de criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos (Amaral *et al.* 2018) e instituiu mecanismos de financiamento para os dispositivos de atenção de base comunitária (Garcia e Oliveira 2017). Em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) cujos objetivos se destinavam a: garantir a articulação e integração dos serviços de saúde de todos os níveis; ampliar o acesso da população à atenção psicossocial; e qualificar o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências (Amarante e Nunes 2018).

A RAPS é composta por serviços de: Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo os Núcleos Ampliado de Saúde da Família- Atenção Básica (NASF-AB) que possuem profissionais de saúde mental; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); serviços hospitalares, com prioridade para leitos psiquiátricos em hospitais gerais e diminuição sistemática de leitos em hospitais psiquiátricos; e estratégias desinstitucionalização, apoio social, trabalho e renda (Amaral *et al.* 2018; Amarante e Nunes, 2018; Onocko-Campos *et al.* 2018). A experiência da RPB possibilitou importantes avanços a exemplo da redução drástica de leitos em hospitais psiquiátricos de 53.962 em 2001 para 25.998 em 2014; inversão do gasto em saúde mental, com serviços comunitários

recebendo mais recursos que os hospitais psiquiátricos; e expansão considerável dos CAPS e serviços residenciais terapêuticos (Almeida 2019).

Desde 2016, sustentados pela assunção ao poder de grupos com agenda conservadora e ultraliberal, a Política de Saúde Mental do país tem sofrido significativas mudanças com retrocessos nos avanços alcançados. Dentre as principais alterações estão a inclusão dos hospitais psiquiátricos à RAPS, o incentivo às comunidades terapêuticas religiosas e a criação de dispositivos para internação de crianças e adolescentes (Onocko-Campos 2019). Atualmente, observa-se no Brasil arenas de disputa entre a defesa dos ideários da RPB e o ressurgimento do modelo manicomial (Fernandes *et al.* 2020). As mudanças realizadas pelo governo atual revelam a subalternização sistemática das abordagens comunitárias integradas (Almeida 2019) e um flerte com os modelos de cuidado totalitários de inspiração higienista e autoritária.

Diante desse contexto, nós ressaltamos a necessidade de aprofundar a compreensão das transformações em curso e de analisar os desafios da transposição dos constructos teóricos do modelo psicossocial para a prática técnico-assistencial. Neste artigo, nós apresentamos os achados de investigação sobre os cuidados em saúde mental desempenhados por serviços integrantes de uma rede de atenção psicossocial no Brasil.

Método

Desenho do estudo

Este é um estudo de caso de abordagem qualitativa sobre os aspectos técnicos assistenciais do cuidado em saúde mental no Brasil. Nós tivemos por interesse investigar dimensões-chaves na prestação dos cuidados em saúde mental em serviços de diferentes níveis de atenção e organizados em rede. Nosso estudo considerou as orientações internacionais (Hall *et al.* 2019; World Health Organization 2018; Patel *et al.* 2018) que preconizam a construção de redes integradas de cuidados em saúde mental de base comunitária, com a centralidade no usuário e que se organize sistematicamente, ainda que de maneira flexível, baseado em evidências científicas e nas convenções de direitos humanos.

Local do estudo

O estudo foi realizado na RAPS de Vitória da Conquista, região Nordeste do Brasil. O município é o terceiro maior do estado da Bahia, com população de 338.885 habitantes, possui PIB per capita de \$ 8700 e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,678, situando-se na faixa de médio desenvolvimento humano (IBGE 2018). O município é sede da Região de Saúde do Sudoeste da Bahia e constitui-se em polo de referência na prestação de serviços de saúde para outras 82 pequenas e médias cidades.

A RAPS é composta por serviços nos três níveis de atenção. Na Atenção Primária à Saúde (APS), o município possui 45 Equipes de Saúde da Família (eSF), sete Unidades Básicas de Saúde Tradicionais, cinco NASF-AB e uma equipe de Consultório na Rua. A atenção ambulatorial especializada em saúde mental possui um CAPS destinado ao público infantil e adolescente (CAPS-IA), um CAPS para atendimentos transtornos mentais graves e persistentes (CAPS-II) e outro destinado aos usuários de álcool e outras drogas (CAPS-AD). Além dos três CAPS citados, existem dois ambulatorios especializados em saúde mental. Para o atendimento hospitalar e de urgência, existem um serviço de SAMU 192, três portas hospitalares para urgência e uma enfermaria de saúde mental em hospital geral (Vitória da Conquista, 2020).

Em 2017, ocorreu o fechamento do hospital psiquiátrico, que funcionou no município por 60 anos, e a abertura de leitos de saúde mental no Hospital Geral Regional. Desde então, a localidade vivencia o processo de reorganização do cuidado em saúde mental, com estímulo à descentralização do cuidado do hospital para o meio aberto e comunitário.

Instrumentos de coleta de material e Participantes

Nós utilizamos dois métodos complementares para a obtenção das informações: entrevistas semi estruturadas e observações diretas. Esta abordagem nos permitiu uma análise abrangente da assistência em saúde mental ao integrar o olhar dos diversos atores com as observações sobre as práticas desenvolvidas nos diversos serviços da RAPS.

Nós realizamos 33 entrevistas semi estruturadas em profundidade com 21 profissionais de saúde, 7 gestores e 5 usuários dos serviços de saúde mental. A quantidade de participantes por tipo de serviço está sumarizado na Tabela 1. Gestores e profissionais foram selecionados em função da posição que ocupavam na RAPS. Nós recrutamos os gestores que exerciam a função de gestão no município, nos serviços especializados e no hospital geral. Entre os profissionais, nós selecionamos aqueles que prestavam atendimento direto aos usuários nos serviços estudados, buscando

contemplar as diversas categorias. Para os usuários, os critérios de inclusão foram ter mais de 18 anos, estar lúcido e orientado no momento da entrevista e frequentar a instituição há pelo menos três meses.

Tabela 1. Número de participantes entrevistados por tipo de serviço. Vitória da Conquista, 2019.

	Profissionais	Gestores	Usuários
CAPS (II, AD e IA)	2 enfermeiros 3 psicólogos 2 assistentes sociais 2 psiquiatras	3	3
Atenção Básica (eSF e NASF-AB)	3 enfermeiros 3 psicólogos	2	1
Consultório na Rua	1 assistente social 1 psicólogo	–	–
Hospital Geral	1 enfermeiro 1 psicólogo 1 assistente social 1 psiquiatra	2	1
Total	21	7	5

As entrevistas foram realizadas com uso de roteiro com abordagem sobre: (i) como os usuários têm acesso aos serviços de saúde mental; (ii) como são recebidos no serviços e são escutados em suas demandas; (iii) existência de mecanismos coordenados de cuidados ao longo do tempo, incluindo o envolvimento da família e dispositivos sociais; (iv) tipos de atividades que desenvolvidas nos serviços para a integralidade do cuidado; (v) onde e quais as abordagens para os usuários em crise. A linguagem do roteiro e a ênfase da abordagem foram adaptadas para cada grupo de participante. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 60 minutos.

A observação direta buscou identificar a estrutura física e aspectos organizacionais dos serviços, o acesso e acolhimento dos usuários, tipos de tratamento ofertado, possibilidade de continuidade do tratamento, existência de articulação entre serviços da RAPS, promoção da autonomia e articulação entre os serviços. Os serviços observados foram: CAPS IA; CAPS II,

CAPS AD III, 3 eSF e nos leitos de saúde mental no hospital geral. A observação direta foi realizada entre julho a setembro de 2019, com duração total de 130 horas de observação.

Análise

Nós utilizamos matriz analítica desenvolvida a partir da revisão da literatura especializada sobre práticas de cuidados em saúde mental (Hall *et al.* 2019; Liang *et al.* 2018; World Health Organization 2018; Patel *et al.* 2019 Thornicroft e Tansella 2013). Nossa opção para a construção da matriz analítica foi por fontes metodológicas que consideram a abordagem de cuidado ampliada e centrada na pessoa. Nós consideramos quatro dimensões que se configuram como componentes imbricados e indissociáveis para as práticas assistenciais de cuidado: 1) Acesso aos serviços de saúde mental; 2) Longitudinalidade do cuidado em saúde mental; 3) Abrangência do cuidado em saúde mental; 4) Atenção à crise. As dimensões e indicadores de análise estão apresentados no Quadro 1. O cuidado abrangente e resolutivo em saúde mental deve ser expresso pela inter-relação entre as diferentes dimensões e os diferentes níveis de prestação de serviço (Figura 1).

Quadro 1. Matriz de Análise do desempenho dos cuidados de saúde mental

Dimensão	Sub-dimensões
Acesso aos serviços de saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos de acesso aos serviços de saúde mental • Acolhimento e triagem • Barreiras de acesso
Longitudinalidade do cuidado em saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> • Ações de desinstitucionalização • Cuidado coordenado e colaborativo • Projeto terapêutico singular • Participação familiar
Abrangência do cuidado em saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento ambulatorial comunitário • Tratamento farmacológico • Psicoterapia e tratamento psicossocial • Ações intersetoriais
Atenção à crise	<ul style="list-style-type: none"> • Equipes de atenção à crise • Abordagens terapêuticas aos pacientes em crise • Acompanhamento aos pacientes em que tiveram crises • Dificuldades nos gerenciamentos de casos de pacientes em crise

A dimensão Acesso aos serviços de saúde mental consiste nos mecanismos de entrada e/ou as vias de acesso adotados para o atendimento. Considera como os usuários dão entrada aos serviços: livre procura, encaminhamentos de outros serviços ou por determinação judicial. Esta dimensão é composta por: Mecanismos de acesso aos serviços de saúde mental; Acolhimento e triagem; e Barreiras de acesso.

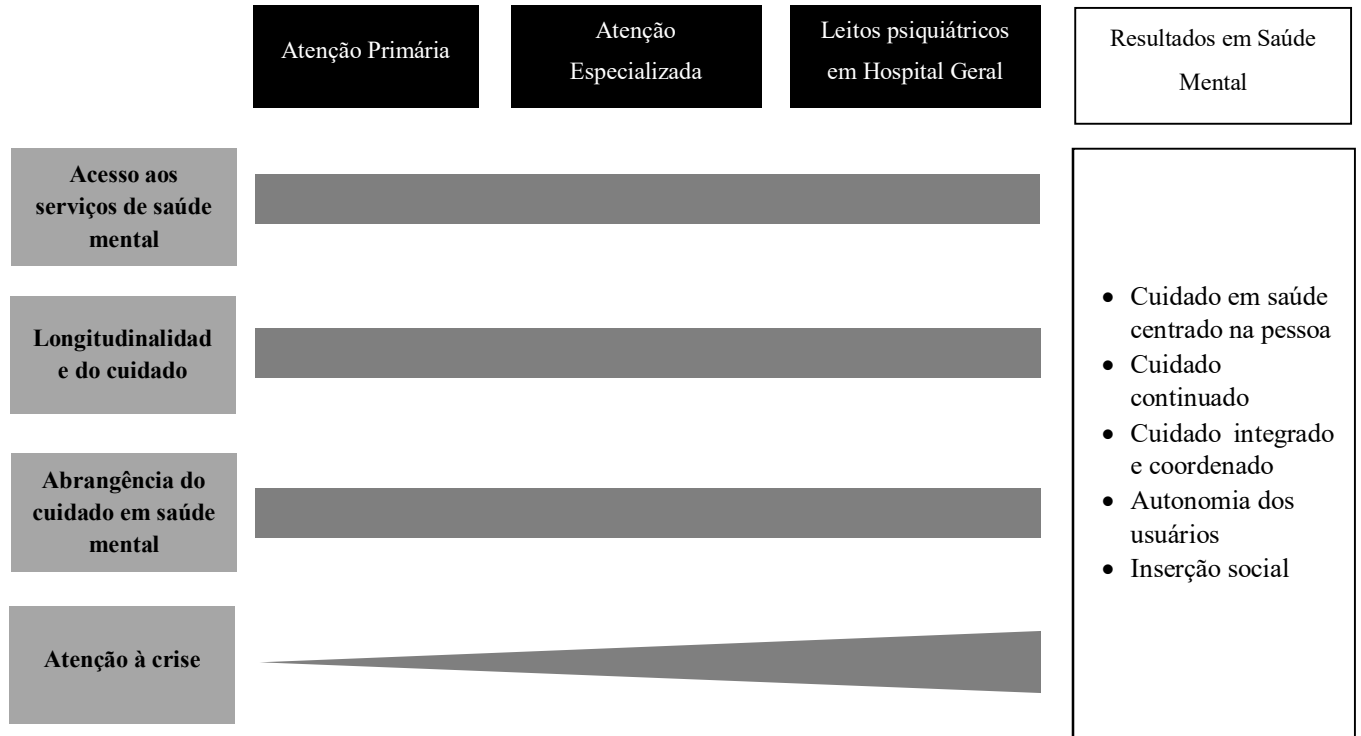
A dimensão Longitudinalidade do cuidado é definida como o estabelecimento de relações de longa duração entre os serviços de saúde e o usuários, de acordo com as necessidades dos sujeitos e familiares, para alcance do cuidado continuado. Pressupõe que o cuidado de longa duração deve envolver a articulação entre profissionais e os diversos serviços da RAPS, com compartilhamento de objetivos comuns. O envolvimento da família e as ações de desinstitucionalização são também elementos necessários. As sub-dimensões de análise foram: Ações de desinstitucionalização, cuidado coordenado e colaborativo, projeto terapêutico singular e participação familiar.

A dimensão Abrangência do cuidado em saúde mental, analisou a multiplicidade de tecnologias de cuidado ofertadas para a produção do cuidado integrado e que responda às necessidade singularizadas. Essa dimensão teve por interesse a abrangência das ações ofertadas e a resolutividade dos serviços com ênfase na integralidade da assistência. Para tanto, considerou as sub-dimensões: Atendimento ambulatorial comunitário; Tratamento farmacológico; Psicoterapia e tratamento psicossocial; e Ações intersetoriais.

A dimensão Atenção à crise diz respeito à capacidade dos serviços para o atendimento e resolutividade das situações de crise em saúde mental. Tem por interesse a identificação dos serviços que possuem equipes de resolução de crises, as abordagens para os pacientes em exacerbação sintomatológica, o acompanhamento dos casos e as limitações existentes. A análise envolveu os três níveis de atenção e foi composta pelas sub-dimensões: Equipes de atenção à crise, Abordagens terapêuticas aos pacientes em crise, acompanhamento aos pacientes que tiveram crise, dificuldade no gerenciamento de casos de paciente em crise.

Os materiais obtidos nas entrevistas e observação participante foram transcritos, categorizados e codificados conforme técnica proposta por Strauss e Corbin (2008). As categorias foram aglutinadas por critérios semânticos de conteúdo.

Figura 1. Dimensão de cuidados em saúde mental e níveis de atenção à saúde



O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, parecer nº 3.374.680. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Acesso aos serviços de saúde mental

O acesso aos serviços de saúde mental ocorreu por meio de formas diversificadas, como o acesso direto, encaminhamentos de outros serviços, busca ativa de casos ou por decisão de instâncias jurídicas. O acesso direto foi o principal mecanismo de entrada, embora nós observamos variações entre os tipos de serviços. A maior parte dos serviços funcionam como porta aberta para os cuidados em saúde mental, o que facilitou a auto procura pelos usuários.

Na APS, o acesso direto ocorreu por busca de consulta médica ou participação de grupos terapêuticos de saúde mental. Estes grupos são desenvolvidos por médicos e enfermeiros das ESF

ou por profissionais dos NASF-AB. O serviço de Consultório na Rua é destinado à população que vive na rua e atuou especialmente para atenção aos usuários de crack e outras drogas. Neste serviço, o atendimento correu por demanda livre e busca ativa de usuários. Na atenção secundária, além da auto procura, o acesso também ocorreu por meio de encaminhamentos da APS, do hospital geral ou de centros de apoio social.

A atenção hospitalar destinou-se principalmente aos casos de pessoas em crise psiquiátrica. Foram definidos como urgências para entrada hospitalar a agitação psicomotora, agressões, risco de suicídio e crises por abstinência de drogas. Nestes caso, a entrada ocorreu por serviço móvel de urgências, encaminhamentos da APS e serviços secundários e internações compulsórias por determinação judicial.

A maioria dos pacientes das urgências são do serviço de resgate ou via regulação. Alguns casos que a família não encontra nenhuma porta aberta vem parar aqui também. (Entrevista 25 - Gestor)

Em todos os serviços existem mecanismos de acolhimento e triagem. O acolhimento foi referido como momento de escuta dos problemas, leitura sintomatológica e compreensão situacional do caso. Após a avaliação da triagem é decidido se a pessoa será atendida no próprio serviço ou encaminhada para outro. Foi destacado que o acolhimento é maior que simples triagem de casos. O acolhimento considera que há algum grau de sofrimento mobilizou a busca pelo atendimento, assim o usuário deveria ser sempre acolhido e orientado frente a sua demanda.

Tem que passar por uma triagem. Passei pela enfermeira, assistente social e por uma equipe de médicos. Então, que eu fui começar fazer o atendimento com esse médico que me acompanha até hoje. (Entrevista 23 - Usuário)

Nós identificamos uma série de barreiras de acesso que se constituem em limitantes dos cuidados em saúde mental. A principal delas foi a disponibilidade insuficiente de serviços. Todos os níveis de atenção apresentaram vagas insuficientes para consultas, lista de esperas de usuários, insuficiência de médicos ou falta de leitos para internamento de casos graves.

Nós temos uma população de quase sete mil habitantes para uma equipe só. Então como é que a gente vai dar conta da demanda?
(Entrevista 28- Profissional)

Tem dia que tem apenas um médico pra atender tudo. Atender as intercorrência da ala, atender as urgências, atender o ambulatório. Tá pesado, tá difícil. (Entrevista 26- Profissional)

A gente tem um número de três acolhimentos por dia. Ele chegou e tem a vaga, ele já é acolhido, né? Mas, não tem como atender toda a demanda. (Entrevista 8 – Profissional)

Um importante contrassenso foi identificado no acolhimento e triagem. A proposta do acolhimento é que todas as pessoas que cheguem ao serviço possam ser acolhidas e ouvidas. No entanto, existiram nos CAPS o estabelecimento de número reduzido de vagas para acolhimento. Foram relatadas casos de familiares e crianças passarem a madrugada na porta da instituição na tentativa de garantir vaga para acolhimento.

Longitudinalidade do cuidado

Os resultados das variáveis demonstraram que a longitudinalidade do cuidado apresentou importantes ações em alguns aspectos e em outros as práticas revelam limitações em direção ao cuidado continuado.

Nós identificamos relações dicotômicas nas ações de desinstitucionalização. Ora os serviços especializados e hospitalares atuaram para a promoção da autonomia dos usuários e inserção comunitária, ora centralizaram o cuidado no seio do serviço, sob a égide da proteção ao usuário. Os serviços da APS em algumas situações promoveram ações territorializadas e em outros negligenciavam atendimento e encaminhavam aos serviços especializados casos que poderiam ser acompanhados pela eSF.

Eu fico com medo de devolver para a atenção primária, às vezes. Tenho a sensação que se a gente mandar não vai ser cuidado. (Entrevista 13- Gestor)

Mobilizações de familiares e setores jurídicos para internações compulsórias e prolongadas se constituíram enquanto entraves à desinstitucionalização. Também foi considerado como fator limitante o não funcionamento da residência terapêutica para desospitalização de pacientes que há anos residiam no hospital.

O trabalho colaborativo se mostrou como desafio a ser superado para o cuidado em saúde mental. Embora tenha se evidenciado iniciativas de articulação do trabalho em equipe, os atritos na comunicação, as divergências sobre as formas de prestação dos serviços e a hierarquização das profissões dificultaram a execução do trabalho coordenado.

Tem a divisão de tarefa, cada profissional no seu quadrado. Não existe uma troca. [...] Não olham o indivíduo como um todo. (Entrevista 22- Profissional)

A ausência de definições claras sobre o papel da eSF e quais as responsabilidades profissionais frente aos usuários com distúrbios psiquiátricos dificultaram a execução do trabalho coordenado.

Só de saber que é cadastrado no CAPS, independente de tá em crise ou não, tem profissional da APS que não quer atender. Falavam que não pode ser lá, sabe? (Entrevista 12- Profissional)

Nos CAPS, as reuniões de equipe e a existência do gestor de caso propiciaram ações com maior integração e horizontalização. Nós observamos frequente distanciamento e isolamento do trabalho dos médicos em relação aos demais profissionais. No âmbito hospitalar, apesar de existirem reuniões das equipes de saúde mental, vigoraram práticas fragmentadas e dificuldades para o trabalho colaborativo.

Projeto terapêutico singular foi reconhecido como imprescindível para o desenvolvimento do cuidado continuado e ao mesmo tempo evidenciado como ferramentas de difícil operacionalização no cotidiano dos serviços.

Não trabalha em conjunto. Pra mim é a coisa mais difícil de colocar em prática é o Projeto Terapêutico Singular. (Entrevista 25- Gestor)

O tratamento ao longo do tempo apresentou melhor desempenho quando a família se posicionou como aliada no processo terapêutico e compartilhou responsabilidades com as equipes de saúde. Por sua vez, as relações familiares podem também constituir-se como dificultador do cuidado continuado e desinstitucionalizado. Nós identificamos situações que as famílias, por dificuldades socioeconômicas, sobrecarga ou por aspectos culturais, resistiram em cuidar dos familiares com sofrimento mental em domicílio e buscaram a internação, muitas vezes recorrendo à justiça.

A família falou: "A gente não vai levar pra casa". [...] Então, a família procurou a promotoria de justiça já pra poder deixar o paciente aqui internado. (Entrevista 26 - Profissional)

Nos serviços especializados foram desenvolvidas ações de acompanhamento e apoio às famílias, com a manutenção de reuniões e rodas de conversas com familiares. Nos demais componentes da RAPS, não houve participação sistematizada dos familiares.

Abrangência do cuidado em saúde mental

Os serviços estudados dispuseram de atendimentos clínicos individualizados aos usuários. Nós identificamos grande demanda para atendimento clínico na APS e no âmbito especializado com longas filas de espera. Na APS, nem todas as equipes realizam atendimento clínico aos casos de sofrimento mental, isso esteve condicionado ao perfil e sensibilidade dos profissionais e equipes. Diante das dificuldades de acesso aos psicólogos e psiquiatras, usuários recorreram à complementaridade do cuidado no setor privado.

A distribuição dos psicofármacos é realizado em todos os serviços. No entanto, nós constatamos a falta de remédios básicos, com restrições às possibilidades terapêuticas. Nós observamos contextos de hipervalorização do cuidado medicamentoso.

Pelo SUS eu pego alguns medicamentos, outros eu compro. Porque o SUS não doa todos. (Entrevista 23- Usuário)

Atendimento terapêutico e psicoterapia foram estratégias muito utilizadas na eSF e nos CAPS, embora com consistentes limitações na oferta. Os usuários tiveram dificuldades de acesso à psicoterapia individual em decorrência da elevada demanda e pouca disponibilidade de profissionais. Atendimento terapêutico e psicoterapia foram realizado majoritariamente por meio de grupos terapêuticos. Essa forma foi justificada como estratégia para abarcar maior número de pessoas e possibilitar a socialização, criação de vínculos e desenvolvimento de habilidades cognitivas.

Começou a ficar muito extenso pra o atendimento individual, a ter listas de esperas, então vamos fazer atendimento grupal. (Entrevista 9 – Gestor)

Já sai daqui com o psiquiatra agendado. Psicólogo não. Tem uma fila, aí tem que esperar. O único que é mais difícil, é a psicoterapia individual. (Entrevista 11- Profissional)

A aceitação e adesão à terapia em grupo variaram entre os serviços. Diante das situações de baixa adesão dos grupos e forte valorização do tratamento farmacológico, alguns serviços adotaram a estratégia de conciliar os dois elementos, com realização dos grupos associados à avaliação clínica e a distribuição dos medicamentos. No entanto, em alguns serviços as atividades coletivas assumiram a mera função de troca de receita para a dispensação de medicamentos controlados.

Grupo de saúde mental é o grupo da troca de receita. Não é só a pessoa com transtorno mental que vai para esse grupo. E muitos familiares vão trocar as receitas para os parentes, nem é o usuário que está lá! (Entrevista 31- Profissional)

Os serviços desenvolveram intervenções intersetoriais para reduzir situações de estigma e violência, fomentar expressões artísticas e inclusão laboral. Embora tenham sido relatadas diversas iniciativas a exemplo de inclusão em ações educacionais, produção artístico e literária e ações de

promoção do bem estar, profissionais e usuários destacaram a necessidade de ampliação desse tipo de atividades para superação das práticas biomédicas tradicionais e dos estigmas ainda vigentes.

Atenção à crise

A RAPS apresentou sérias dificuldades para desenvolver atenção à crise. Predominou a capacidade limitada de manejo destes quadros. Nós verificamos importantes dificuldades para os pacientes conseguirem atendimento em situação de crise.

Todos os CAPS e o hospital geral mantinham equipes de atenção à crise, embora com capacidade de resolução heterogêneas. O CAPS III, em decorrência de ser um serviço destinado aos usuários de álcool e outras drogas, atendiam a crise apenas deste público alvo. Os CAPS II e IA apresentaram limitações para o manejo das crises, em decorrência da infraestrutura limitada e excesso de demanda. Nós identificamos sobrecarga do hospital e falta de vagas para os leitos psiquiátricos. As dificuldades das outras unidades para o atendimento de casos com exacerbação sintomatológica foi referido como principal fator da sobrecarga hospitalar.

A gente não tem um espaço dedicado para emergência ou para um adolescente ou criança com transtorno mental e em crise. Acaba que a gente vai fazendo improvisações no que é possível, né? (Entrevista 10- Profissional)

Compensou a gente dá alta. Pra cada paciente que sai a gente tem mais três amados lá fora para poder entrar. (Entrevista 26- Profissional)

No hospital o manejo de crise ocorreu, predominantemente, por meio de contenções físicas e medicamentosas, com ações incipientes das demais estratégias de cuidado. Foi observado tentativas de redução de práticas de hipermedicalização. Ainda que seja um hospital com funcionamento 24 horas, verificou-se dificuldades no recebimento de usuários aos finais de semana e fora do horário comercial. Esta realidade fortaleceu situações de violência destinadas às pessoas em crise, como por exemplo, acorrentamentos domiciliares e contenções violentas em outros serviços.

Ali tem uma sala onde se coloca a pessoa, se for preciso contém fisicamente ou quimicamente pra poder dar entrada. (Entrevista 20- Profissional)

Se a crise acontecer na sexta-feira, o paciente fica amarrado de sexta-feira até segunda-feira, até ele poder vir pra cá. (Entrevista 26- Profissional)

O Acompanhamento aos pacientes que tiveram crise não é uma realidade nos serviços analisados. As dificuldades de acompanhamento de casos foi influenciada pela inexistência de fluxos de cuidado.

Não tem um protocolo após a alta. [...] Alguns se perdem, a verdade é essa. Não retornam. (Entrevista 31- Profissional)

A gente não fica tão implicado nesse momento de pensar após a saída do hospital. Então, eu não sei te assegurar como seria de fato esse acompanhamento. (Entrevista 20 – Profissional)

Nós não identificamos a existência de mecanismos de comunicação formais e sistematizados entre os hospitais e demais unidades que prestam cuidados em saúde mental.

Discussão

Os achados do estudo demonstraram existir ações inovadoras direcionadas à implementação de estratégias de cuidado territoriais, articuladas em rede e sustentadas por uma visão ampliada de saúde mental. Ao mesmo tempo, nós identificamos dificuldades no acesso aos serviços, a reprodução de práticas fragmentadas, limitações no desenvolvimento do cuidado continuado e a fragilidade no atendimento à crise. Essas limitações consistiram em desafios a serem superados para a promoção de cuidado substitutivo ao modelo manicomial.

O acesso à serviços de saúde mental amplo e de qualidade é considerado condição essencial para a resposta global dos sistemas de saúde aos problemas de saúde mental (Patel *et al.* 2018). Para tanto, os cuidados em saúde mental devem ser incluídos como um componente essencial da cobertura universal de saúde a fim de garantir o acesso com qualidade a todas as pessoas com problemas mentais. No Brasil, o acesso aos serviços de saúde é um direito garantido pelo SUS. Os serviços comunitários de saúde mental contam com política de “portas abertas”, considerada estratégica para consolidar a mudança do modelo hospitalar para o comunitário (Amaral *et al.*

2018). Entretanto, nosso estudo demonstrou que o acesso ainda é limitado e apresenta variações entre as instituições.

Nós identificamos que a principal barreira de acesso corresponde a incapacidade dos serviços em atender à elevada demanda em saúde mental. Os resultados demonstraram que os usuários que necessitam e procuram cuidado nem sempre são atendidos em tempo oportuno. A situação da oferta limitada foi agravada por barreiras organizacionais a exemplo de protocolos e práticas pouco flexíveis e a inexistência de fluxos sistematizados de cuidado entre os serviços. As barreiras de acesso aos serviços de saúde mental constituem-se em importante limitação e desafio a serem superadas em países de baixa e média renda, como nos países africanos (Fitts *et al.* 2020; Kisa *et al.* 2016), asiáticos (Liang *et al.* 2018) e da América Latina (Kohn *et al.* 2018).

Um achado de destaque foi a existência e utilização de mecanismos de acolhimento, em especial na atenção especializada, o que possibilita transcender o olhar unicamente sintomatológico e favorece a abordagem ampliada ao usuário. No entanto, a sobrecarga dos serviços distorceu a concepção de acolhimento fundamentada no pressuposto de acolher a todos que buscavam apoio psicossocial. Desse modo, os CAPS, com frequência, passaram a estabelecer um pequeno número de vagas diárias para o acolhimento. Outra importante iniciativa de ampliação dos cuidados em saúde mental foi a criação das equipes de Consultório na Rua. O trabalho dessas equipes permitiu maior acesso às pessoas sem moradia fixa e que são dependentes de substâncias psicoativas ou possuem algum tipo de transtorno mental. Nós consideramos que os Consultórios na Rua são uma estratégia inovadora de inclusão de populações em situação de extrema vulnerabilidade e com histórico de invisibilidade na garantia da proteção social.

Nossos resultados indicam que as ações de desinstitucionalização potencializaram o desenvolvimento do cuidado longitudinal em saúde mental. Nós identificamos ações de promoção de autonomia e de inserção comunitária das pessoas com transtornos mentais. A política de saúde mental do Brasil pressupõe o cuidado desinstitucionalizante, em meio aberto, com valorização da autonomia e participação social (Amaral *et al.* 2018). Estes pressupostos se coadunam com modelos de cuidado em saúde mental centrados nas pessoas (Kohrt *et al.* 2018) e Recovery (Ramon 2018), assim como com as recomendações da OMS (2013) para a oferta de cuidados com enfoque participativo e emancipatório (World Health Organization 2013). Entretanto, a coexistência de práticas biomédicas tradicionais e paternalistas nos serviços comunitários destinou aos usuários um lugar de passividade e necessidade de tutela e reproduziu a lógica à qual se propõe superar,

além de obstaculizar as portas de saída dos serviços. A persistência desta realidade, ainda que em sistemas abertos, também foi evidenciada por Gurung *et al.* (2017) e Hall *et al.* (2019).

Sobre o Cuidado coordenado e colaborativo, as intervenções em equipe são indispensáveis para alcançar os objetivos de atendimento integrado e longitudinal por permitirem o redesenho da prestação de cuidado e o reconhecimento das necessidades complexas do usuário (Goodrich *et al.* 2013). No nosso estudo, as reuniões multiprofissionais e a presença do gestor de casos nos CAPS favoreceram a comunicação em equipe e o acompanhamento dos pacientes. Por outro lado, os resultados também demonstram a necessidade de fortalecer estratégias de comunicação entre profissionais e serviços e de superar a fragmentação das práticas e a rígida divisão trabalho. Assim como evidenciado no nosso estudo, Goodrich *et al.* (2013) apontam que a falta de treinamento ou disponibilidade para atendimento aos casos de saúde mental e a baixa adesão aos encaminhamentos consistem em entraves para a continuidade do cuidado.

A participação da família foi associada como elemento essencial para o cuidado longitudinal e para o bom desempenho da recuperação social. Nós destacamos as dificuldades de algumas famílias em prestar o apoio adequado às pessoas com transtorno mental. Nosso estudo identificou situações de busca de internação compulsória por via judicial e fragilidades dos serviços no acompanhamento e suporte às famílias. Nestas situações, as internações hospitalares via judicialização podem assumir o lugar de alívio aos cuidadores (Hall *et al.* 2019). Liang *et al.* (2018) destacam a inclusão dos familiares como elemento imprescindível do cuidados em saúde mental tanto por potencializar o cuidado longitudinal como por ampliar a abordagem sobre os impactos do sofrimento sobre as pessoas.

Quanto à dimensão Abrangência do cuidado em saúde mental, nós identificamos a oferta nos serviços das múltiplas tecnologias do cuidado. Os resultados mostraram o desenvolvimento na APS e nos CAPS de atividades artísticas e ações comunitárias que transcendem a abordagem unicamente sintomatológica e se aproximam do cuidado ampliado em saúde mental. Por sua vez, nós também identificamos barreiras estruturais a exemplo da falta medicamentos, a insuficiente oferta atendimento psicoterapêutico e as limitações nas ações interesetoriais. Estas fragilidades afetam a qualidade do cuidado ofertado, contribuem para o agravamento dos casos e provem a exclusão dos usuários que não podem pagar por remédios ou tratamentos no setor privado.

Mesmo o SUS tendo como princípios o cuidado universal e integral, ainda se vivencia no Brasil dificuldades para efetivação da garantia do direito à saúde, especialmente pela elevada

desigualdade social existente e pela baixa quantidade de recursos alocados nos serviços de saúde (Castro *et al.* 2019; Massuda *et al.* 2018). Como agravante, as rígidas políticas de austeridade fiscal implementadas a partir de 2016 comprometem a sustentabilidade do SUS (Lima 2019), situação agravada no governo do presidente Bolsonaro que tenta implementar uma agenda ultraliberal e de desmonte das políticas públicas no país. Esta situação tende a favorecer a fragilização dos serviços comunitários de saúde mental e agravar os entraves evidenciados no nosso estudo.

A “Atenção à crise” demanda articulação coordenada entre as múltiplas plataformas de serviços para identificar as situações e promover respostas rápidas e resolutivas (World Health Organization, 2013). Os esforços internacionais se voltam para valorizar o cuidado de qualidade nos leitos de saúde mentalem hospitais gerais em substituição aos hospitais psiquiátricos (Chojnowski e Załuska 2016; World Health Organization 2013; Patel *et al.* 2018), bem como para garantir que os serviços extra hospitalares possam contribuir para o manejo de quadros de crise e reduzir as situações de hospitalização (Morrow *et al.* 2016). Nosso estudo revelou que a atenção ao usuário em crise se constituiu numa grande fragilidade da RAPS. Os serviços da RAPS demonstraram não possuir estrutura adequada e quantidade de profissionais suficientes para o atendimento às emergências. Tais fragilidades potencializaram situações de desassistência, práticas de violência e agravamento do sofrimento de usuários e familiares.

As orientações atuais que fundamentam a saúde mental global preconizam fazeres que garantam a dignidade da pessoa em sofrimento mental e se aliem às Convenções de Direitos Humanos (Khenti *et al.* 2016). No entanto, a realidade estudada por nós no Brasil revelou situações de acorrentamentos, contenções inadequadas e cárceres privado, condições inaceitáveis para os dias atuais. O lugar social de periculosidade, ameaça e não cidadania historicamente atribuídas às pessoas em sofrimento mental (Kisa *et al.* 2016) ainda sustentam e validam a reprodução das práticas violentas e desumanas. Frente aos achados do estudo, nós enfatizamos a necessidade que a mudança do modelo de cuidado do hospital psiquiátrico para o ambiente comunitário se desenvolva por serviços integrados, com retaguarda assistencial capaz de atender a todas as necessidades das pessoas e que avance de maneira mais efetiva para a desconstrução dos estigmas ainda prevalentes.

Nosso estudo apresenta algumas limitações. Uma delas inclui a pequena quantidade de usuários entrevistados. Nós tivemos dificuldades de selecionar usuários regulares do serviço e que estivessem lúcido e orientado no período da coleta de dados. Outra limitação diz respeito a não

inclusão dos serviços de resgate móvel aos serviços estudados. Para compensar essas limitações, nós entrevistamos profissionais de todos os outros serviços que prestavam cuidado na RAPS estudada. Nós também estendemos o períodos de observação dos serviços e dedicamos especial atenção às dinâmicas estabelecidas entre profissionais e usuários e nos atendimentos às crises.

Conclusão

Nosso estudo revelou que a RAPS estudada apresenta avanços em direção ao cuidado abrangente em saúde mental a exemplo do cuidado comunitário, utilização de múltiplas tecnologias de cuidado, equipes com gestores de casos e ações de promoção da autonomia e integração comunitárias. Entretanto, nós também encontramos no Brasil limitações na assistência prestada, formas de exclusão e práticas de violência, que são características ainda presentes em países de baixa e média renda. Os avanços e limitações que encontramos ratifica o posicionamento que a área da saúde mental se conforma como arena de disputa de concepções teórico e práticas dos modelos de cuidado que coexistem de maneira paralela. Nós destacamos a necessidade de ampliar o acesso e a integração entre as diversas plataformas de serviços, fomentar o suporte às famílias, fortalecer estratégias de cuidado singulares voltadas ao território e à promoção de autonomia dos usuários e sistematizar ações de manejo aos quadros de crise que propiciem cuidado digno, integral e continuado. O cuidado em saúde mental é indissociável do modelo de atenção à saúde em vigor no país. Assim, frente aos atuais ataques ao SUS, a defesa da Reforma Psiquiátrica Brasileira perpassa pela defesa do sistema de saúde brasileiro, de caráter universal, equitativo e integrado.

Referências

Almeida JMCD. 2019. Mental health policy in Brazil: what's at stake in the changes currently under way. *Cadernos de Saúde Pública* **35**: e00129519.

Amaral CE, Onocko-Campos R, Oliveira PRS *et al.* 2018. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. *International journal of mental health systems* **12**: 65.

Amarante P, Nunes MDO. 2018. Psychiatric reform in the SUS and the struggle for a society without asylums. *Ciência e Saúde Coletiva* **23**: 2067-2074

Bouras N, Ikkos G, Craig T. 2018 From community to meta-community mental health care. *International journal of environmental research and public health* **15**: 806.

Brasil. 2001 Lei nº 10.216. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília. Ministério da Saúde.

Castro MC, Massuda A, Almeida G *et al.* 2019. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The lancet* **394**: 345-356.

Chojnowski J, Zaluska M. 2016. Psychiatric wards in general hospitals—the opinions of psychiatrists employed there. *Psychiatria Polska* **50**: 431-443.

Vitória da Conquista. 2020. *Secretaria Municipal de Saúde*. Vitória da Conquista. Available in: <http://www.pmvc.ba.gov.br/saude>. Access in: sep 05.

Etienne CF. 2018. Mental health as a component of universal health. *Revista Panamericana de Salud Publica* **42**: 1-2.

Fernandes CJ, Lima AF; Oliveira PRS *et al.* 2020. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *Cadernos de Saúde Pública* **36**: e00049519.

Fitts JJ, Gegbe F, Aber MS, Kaitibi D *et al.* 2020. Strengthening mental health services in Sierra Leone: perspectives from within the health system. *Health Policy and Planning* **35**: 657–664.

Fleury MJ, Sabeti J; Grenier G; Bamvita JM *et al.* 2018. Work-related variables associated with perceptions of recovery-oriented care among Quebec mental health professionals. *BJPsych open* **4**: 478-485.

Garcia MLT, Oliveira EFDA. 2017. An analysis of the federal funding for mental health care in Brazil. *Social work in health care* **56**: 169-188.

Goodrich DE, Kilbourne AM, Nord KM *et al.* 2013. Mental health collaborative care and its role in primary care settings. *Current psychiatry reports* **15**: 383.

Gurung D, Upadhyaya N, Magar J *et al.* 2017. Service user and care giver involvement in mental health system strengthening in Nepal: a qualitative study on barriers and facilitating factors. *International journal of mental health systems* **11**: 30.

Hall T, Kakuma R, Palmer L *et al.* 2019. Are people-centred mental health services acceptable and feasible in Timor-Leste? A qualitative study. *Health policy and planning* **34**: ii93-ii103.

IBGE. 2018. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. Available in: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/vitoria-da-conquista.html>. Access in: set 05.

Khenti A, Freél S, Trainor R *et al.* 2016. Developing a holistic policy and intervention framework for global mental health. *Health Policy and Planning* **31**: 37-45.

Kisa, R.; Baingana F, Kajungu R *et al.* 2016. Pathways and access to mental health care services by persons living with severe mental disorders and epilepsy in Uganda, Liberia and Nepal: a qualitative study. *BMC psychiatry* **16**: 305.

Kohn R, Ali AA, Puac-Polanco V *et al.* 2018. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Revista Panamericana de Salud Pública* **42**: e165.

Kohrt BA, Asher L, Bhardwaj A *et al.* 2018. The role of communities in mental health care in low-and middle-income countries: a meta-review of components and competencies. *International journal of environmental research and public health* **15**: 1279.

Liang D, Mays VM, Hwang WC. 2018. Integrated mental health services in China: challenges and planning for the future. *Health policy and planning* **33**: 107-122.

Lima RTS. 2019. Austerity and the future of the Brazilian Unified Health System (SUS): health in perspective. *Health Promotion International* **34**: i20-i27.

Lloyd-Evans B, Fullarton K, Lamb D *et al.* 2016. The CORE Service Improvement Programme for mental health crisis resolution teams: study protocol for a cluster-randomised controlled trial. *Trials* **17**: 1-12.

Massuda A, Hone T, Leles F *et al.* 2018. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health* **3**: e000829.

Mlicheli GA. 2019. Not just a one-man revolution: the multifaceted anti-asylum watershed in Italy. *History of psychiatry* **30**: 133-149.

Morrow R, Mcglennon D, Mcdonnell C. 2016. A novel mental health crisis service—outcomes of inpatient data. *The Ulster Medical Journal* **85**: 13.

Onocko-Campos RT. 2019. Mental Health in Brazil: advances, setbacks and challenges. 2019. *Cadernos de Saúde Pública* **35**: e00156119.

Onocko-Campos RT, Amaral CEM, Saraceno B *et al.* 2018. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* **42**: e113.

Patel V, Saxena S, Lund C *et al.* 2018. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet* **392**: 1553-1598.

Petersen I, Van Rensburg A, Kigozi F *et al.* 2019. Scaling up integrated primary mental health in six low-and middle-income countries: obstacles, synergies and implications for systems reform. *BJPsych Open* **5**: e69.

Ramon S. 2018. The place of social recovery in mental health and related services. *International journal of environmental research and public health* **15**: 1052.

Thornicroft G, Tansella M. 2013. The balanced care model for global mental health. *Psychological medicine* **43**: 849.

Wakida EK, Talib ZM, Akena D *et al.* 2018. Barriers and facilitators to the integration of mental health services into primary health care: a systematic review. *Systematic reviews* **7**: 211.

World Health Organization. 2013. *Mental health action plan 2013–2020*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. 2018. *Mental Health Atlas 2017*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Yasui S, Luzio CA, Amarante P. 2016. From manicomial logic to territorial logic: Impasses and challenges of psychosocial care. *Journal of Health Psychology* **21**: 400-408.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou analisar as nuances do processo de desinstitucionalização em saúde mental na RAPS do município em questão. Os resultados evidenciaram um processo complexo que perpassou desde a nova lógica administrativa e organizativa dos serviços, até as formas de produção de cuidado e de vida, as compreensões epistemológicas vigentes e o lugar social designado às pessoas em sofrimento mental no seio da cidade.

Os avanços observados apontaram para movimentos no sentido de construir novas bases organizativas, técnicas e conceituais que possibilitassem o cuidado em saúde mental afinado aos preceitos da RPB no SUS. Todavia, estas mobilizações foram insuficientes para garantir a superação do modelo manicomial. Assim, vigorou em arenas de disputa narrativas e ético-políticas, um modelo híbrido no qual coexistiu saberes e práticas manicomiais, com movimentos de resistência e produção de fazeres desinstitucionalizantes. Esta realidade apontou para a necessidade premente de avanços para que o processo de desinstitucionalização se efetive em sua complexidade e não se restrinja ao fechamento do hospital psiquiátrico estadual e abertura de novos dispositivos, em que pese sua inegável importância. Igualmente, se fez necessário especial atenção para a não reprodução das práticas tradicionais que se propôs a superar, em especial no atual contexto sociopolítico de retrocessos e desmontes do SUS, dos ideais da RPB e da lógica organizativa da RAPS.

Um aspecto a ser destacado consiste na tessitura da RAPS do município, que se encontra em expansão e em alteração da lógica organizativa em decorrência do fechamento do hospital psiquiátrico e abertura de novos dispositivos. Foi possível depreender que os estudos de caso multiprofissionais e transdisciplinar, as iniciativas de matriciamento e de inserção nos espaços comunitários e artísticos consistiram em mobilizações para a construção de uma rede integrada e territorial. Entretanto, o desconhecimento dos fluxos assistenciais, a fragilidade dos mecanismos de comunicação e responsabilização, a resistência no atendimento aos casos de saúde mental, a burocratização e o alcance insuficiente de ações de promoção e prevenção demonstraram a preponderância de uma rede fragmentada, conflituosa e hierarquizada. Ademais, a dificuldade de acesso aos espaços laborais, de cultura e de esporte dificultaram a criação de novas possibilidades de vida e de um novo lugar social para os sujeitos em sofrimento mental.

A realidade supracitada, aliada às zonas de insuficiência assistencial, seja pela baixa cobertura de ESF ou pela sobrecarga dos serviços e à fragilidade na comunicação entre profissionais

de diversos serviços, promoveu rachaduras na integralidade do cuidado. Ademais, as articulações intersetoriais ainda foram incipientes. Assim, a não fluidez da RAPS obstaculizou um cuidado mais efetivo e fortaleceu a prerrogativa fantasiosa de necessidade da existência do hospital psiquiátrico como polo de cuidado efetivo.

É relevante apontar que a ação de fechamento deste hospital psiquiátrico se configurou como importante movimento de resistência em um contexto nacional de inclusão destas instituições à RAPS. Entretanto, para que a ação corresponda ao proposto pela concepção de desinstitucionalização defendida pela RPB, este fato deve, necessariamente, ser indissociável da discussão acerca do desenvolvimento dos mecanismos reais para expansão e fortalecimento dos demais componentes da RAPS, com vistas a promover a garantia de um cuidado territorializado e articulado nos diversos pontos da rede.

No que se refere às bases teóricas conceituais norteadoras, foram evidenciadas significativas introjeções dos pressupostos defendidos pela RPB que, paradoxalmente, coexistiram no interior dos serviços e nos espaços sociais, com concepções manicomialistas. A não coerência acerca dos princípios epistêmicos do cuidado em saúde mental, do lugar social do sujeito nesta condição de sofrimento e do sentido de desinstitucionalização a ser defendido, dificultam o delineamento de fazeres que se constituíssem, de fato, como emancipadores. Assim, a reflexão do lugar ocupado pela saúde mental e pela pessoa nesta condição de sofrimento no seio social, se vincula à discussão dos diversos estigmas historicamente entrelaçados à temática, bem como do modelo de sociedade capitalista que vigora na sociedade e fomenta a normatização subjetiva e aniquilação do convívio com as diferenças.

A pesquisa pode evidenciar importantes avanços no que se refere à uma visão ampliada que considerasse os múltiplos fatores que influenciam e são influenciados pelo sofrimento mental, bem como a potência subjetiva e a pluralidade existencial destes sujeitos. Os resultados demonstraram a existência de polos com potências para o estabelecimento da dimensão da cidadania e da coexistência acolhedora com a diversidade subjetiva.

Todavia, o lugar de pessoa com diagnóstico psiquiátrico ainda consiste em um espaço cercado de estigmas e de não validação da subjetividade da pessoa nesta condição de sofrimento. Além disso, há ainda a propagação de conotações de periculosidade, desrazão e marginalização destinadas à estas pessoas. Este (não) lugar social validou a propagação e naturalização de práticas violentas em seus diversos níveis, seja pela reprodução de práticas dolorosas desnecessariamente

praticadas no interior dos serviços de saúde, pelo cerceamento de acesso e circulação nos espaços sociais, pelo preconceito, pela negligência do cuidado, pelo silenciamento ou pela restrição de possibilidades existenciais.

A RPB se constitui enquanto processo que se propõe à construção coletiva, com ativa participação de pessoas em sofrimento mental e seus familiares. Entretanto, estas conexões contribuíram para fomentar a negação do lugar de sujeito e embarraram processos de diálogo e de participação ativa no processo de cuidado e na participação nas trocas sociais. Desta forma, foi se se favoreceu a passivação do sujeito e o fortalecimento da realidade excludente e restrita ao lugar de doente.

No que se refere ao propósito do cuidado, houve amplo reconhecimento acerca da necessidade de delinear fazeres que transcendessem práticas curativistas e medicalizantes com foco único na remissão da sintomatologia psiquiátrica. Apontou-se para importância de se voltar para produção de potência de vida no seio comunitário, bem como para ressignificação do sofrimento e fortalecimento de autonomia. Para tanto, se considerou a utilização de múltiplas tecnologias de cuidado que contemplassem o vínculo, o acolhimento, a empatia e relações horizontalizadas. Além disso, o posicionamento ativo dos usuários entrevistados demandando um cuidado para além do médico/medicamentosos e reiterando o caráter não mercadológico da saúde consistem em posicionamentos que demarcaram movimentos de mudanças em prol de novos modelos de cuidado.

Apesar destes discursos se relacionarem às propostas do Modelo Psicossocial e de se evidenciar transformações práticas sustentadas por estes constructos, observa-se a permanência da circulação do discurso psiquiátrico tradicional tanto nos serviços substitutivos, quanto na sociedade. Estas se reproduziram a partir da hipervalorização de práticas medicalizantes, especializadas e tutelares, pela violência e negligência ao cuidado evidenciada em alguns serviços substitutivos e pelo foco único no adoecimento mental, com desconsideração dos projetos de vida, da condição biológica e da inserção territorial. Acresce-se a busca por soluções rápidas que fomentaram o controle e normatização de corpos pelo domínio medicamentoso, com desvalorização das outras possibilidades de cuidado. Como desdobramento aponta-se para a patologização da experiências de vida e sofrimento. Ante esta realidade, houve limitações na transposição do discurso para uma realidade prática que promovesse rupturas com as bases tradicionais.

Além disso, as questões relacionadas à desigualdade e vulnerabilidade social foram apresentadas como dificultadores de um cuidado mais efetivo. Não se trata aqui de desenvolver uma ligação simplista, causal e estigmatizante de “loucura” e pobreza. Consiste na prerrogativa de que o cuidado orientado pela desinstitucionalização convoca fazeres que interfiram em todo o aparato social. Ao se estabelecer como objetivo de cuidado não mais a doença e sim o sujeito em sua existência, se faz necessário a aliança com diversos campos para fomentar novas possibilidades de vida com dignidade e garantia de acesso aos direitos básicos e a participação nas trocas sociais.

Ademais, os múltiplos sentidos atribuídos à desinstitucionalização perpassaram pela perspectiva de desconstrução, desospitalização, desassistência e possibilidade de institucionalização nos serviços substitutivos. Cada perspectiva se sustentou por díspares concepções políticas-ideológicas que orientam diferentes fazeres. Esta realidade demonstra que não há um consenso claro acerca de qual objetivo almejado com fazeres orientados pela ideia/conceito de desinstitucionalização.

Cabe a ênfase no fenômeno da institucionalização nos serviços substitutivos para demonstrar que o modelo manicomial pode se atualizar nos serviços destinados à própria superação deste. Na pesquisa, observou-se a manutenção do usuário no serviço por maior período de tempo do que o necessário, relações paternalistas e fazeres desarticulados com o território como expressões destas novas formas de institucionalização. Esta realidade aponta para a necessidade de constante vigilância acerca da direção ética do tratamento, para que o papel emancipatório dos dispositivos de cuidado não sejam amplamente comprometidos e para que práticas tutelares não se confundam com cuidado.

No que se refere ao âmbito da prática de cuidado, as ações abrangentes, territorializadas, voltadas para singularidade dos sujeitos atendidos e para processos de criação demonstraram que houve tessituras voltadas à construção de um cuidado direcionado à promoção de qualidade de vida, de autonomia e de potência subjetiva. As ações ampliadas permitiram traçar projetos de vida sustentados na diversidade, no protagonismo e nas necessidades dos usuários e familiares. Neste sentido, foi possível observar a existência de um terreno fértil para rupturas com as práticas tradicionais/manicomiais instituídas.

Entretanto, as condições de trabalho, a sobrecarga institucional, a fragilidade nas políticas de educação permanente e de coordenação do cuidado, aliadas à preponderância e hipervalorização de fazeres biomédicos e medicalizantes e à persistência da desvalorização e

estigmatização de questões relacionadas à saúde mental, contribuíram para dificultar a promoção do cuidado, efetivamente, psicossocial. Além disso, a significativa limitação nos casos de manejo de crise, centralizam o cuidado no Hospital Geral e fragmentam um cuidado estabelecido a partir da integração dos serviços da RAPS. Desta forma, é necessário constantes investimentos e desconstruções para que seja possível avançar no estabelecimento de uma RAPS potente, abrangente, libertária que possa, de fato, acolher e prestar diferentes modalidades de atendimento.

Houve o reconhecimento de que o baixo número de usuários entrevistados e a não inclusão do SAMU 192 ao estudo se configuraram como limitações para um maior alcance da pesquisa. Cabe ressaltar que os apontamentos aqui realizados não objetivaram diminuir ou deslegitimar os avanços e a pertinência das mobilizações que têm ocorrido no município, visto que se observou um ambiente em construção favorável e potente para novas práticas de cuidado em saúde mental. Ao contrário, é a partir da validação dos polos de resistência e potência, bem como do reconhecimento dos desafios a serem superados que se torna possível avançar no processo de desinstitucionalização, em resistência à um contexto nacional de retrocessos no âmbito da saúde e saúde mental.

Neste sentido, concomitantemente aos movimentos de avanços apresentados, se faz necessário investimentos em processos de educação permanente, o fortalecimento e incentivo às práticas de integralidade e intersetorialidade, a implantação de estratégias de descronificação dos usuários, o incentivo à participação destes nos espaços de construção de cuidado e ampliação da capacidade de atendimento dos serviços da RAPS. Além disso, o fomento de alianças e políticas públicas que promovam ações de redução de violência e estigma, garantia de direitos básicos e acesso aos espaços laborais e de cultura se faz imprescindível.

Por fim, tendo em vista que os resultados obtidos apontaram para um processo ainda em fase consolidação, com movimentos de avanços e estagnação, se faz basilar a defesa inexorável dos ideias da Reforma Psiquiátrica com vistas à garantir um cuidado abrangente, libertário e centrado no sujeito e na comunidade. Ademais, não é possível pensar o cuidado em saúde mental dissociado do modelo de sociedade e de saúde vigentes. Assim, é igualmente necessária a oposição aos ataques e retrocessos destinados ao SUS e às políticas de direitos humanos, bem como a defesa intransigente à democracia e à garantia de uma vida livre e plural.

7 PERSPECTIVAS DE CONTINUIDADE COM OUTROS ESTUDOS

A pesquisa evidenciou resultados relevantes que podem contribuir para o fortalecimento do processo de desinstitucionalização do município, seja frente a possibilidade de inspirar processos de tomada de decisão, seja para subsidiar políticas públicas referente às necessidades e potencialidades evidenciadas. Os resultados apresentados fazem parte de uma investigação ocorrida durante o período do mestrado que engloba as categorias: Epistêmica e conceitual; Normativa e jurídico-legal; Práticas de cuidado e Organizativa. Cabe ressaltar que nem todo material empírico foi explorado para a dissertação. Desta forma, há perspectiva de desenvolvimento de novas produções que se voltem para as demais dimensões do processo de desinstitucionalização.

No que se refere à continuidade com outros estudos, os resultados obtidos apontaram para o papel estratégico do SAMU-192 no manejo de quadros de crise. A inclusão deste serviço no estudo permitiria compreensão mais aprofundada acerca da atuação deste componente e do lugar ocupado no processo de desinstitucionalização. Da mesma forma, considerando que o protagonismo e discurso dos usuários do serviços se constituem como pilares de sustentação da Reforma Psiquiátrica, os estudos posteriores se beneficiariam de uma maior participação destes atores nas entrevistas, visto que permitiria ampliar as bases para tecer compreensões pautadas nas demandas dos próprios usuários.

Ademais, nosso estudo teve um recorte voltado para os serviços da zona urbana do município. O desenvolvimento de estudos que comparassem ou delineassem recorte específico para compreender como este processo tem ocorrido na zona rural pode ser de grande valia, visto que Vitória da Conquista é composta por extenso território rural que contém peculiaridades que podem promover novas compreensões.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.M.C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad Saude Publica**, v.35, e00129519, 2019.

ALVERGA, A. R; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.10, n.20, p.299-316, 2006.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4 Ed. Rev e ampl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**.5. Ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

AMARANTE, P; TORRE, E.H.G. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 63, p.763-774, 2017.

ANDRADE, A. P. M.; MALUF, S. W. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n.63, p.811-821, 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. 18 mar. 2019. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>>. Acesso em: 18 de mar. 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 24 de fev. 2019.

BRASIL. **Portaria nº3.088** de 26 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>> Acesso em: 27 mai. 2018.

CONSELHO ESTADUAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA BAHIA. Plano de desinstitucionalização CIPAD. Bahia, 2018. Disponível em: <https://www.cosemsba.org.br/wp.../259_DGC_PLANO_DESINST_23_04_2018.ppt> Acesso em: 20 nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. CFP manifesta repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo ministério da saúde. 2019. Disponível: <<https://site.cfp.org.br/cfp->

manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/>. Acesso em: 15 mar 2019.

COTEFAVE. **Comunidade Terapêutica Fazenda Vida e Esperança**, 2018. Disponível em: www.cotefave.org.br. Acesso em: 28 ago. 2018.

DELGADO, P.G.G. Reforma Psiquiátrica: Estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n.2, e0021241, 2019.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R.A. pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M.L.M., MERCADO-MARTINEZ, F.J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, p. 99-120, 2004.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015. 196 p.

FIOCRUZ; FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN; MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. **Seminário Internacional de Saúde Mental** (Documento Técnico Final), 2015. 94 p.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa Qualitativa**. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2009.

GARCIA, M.L.T; OLIVEIRA E.F.A. An analysis of the federal funding for mental health care in Brazil. **Soc Work Health Care**, v.56, n. , p. 169-188.

GOULART, M. S. B. A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, Juiz de Fora, v. 8, n. spe, p. 194-213, p. 194-213, 2015.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Rio de Janeiro: IBGE/MMA, 2018. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 10 jan. 2019.

LIMA, A.F. Os movimentos progressivo-regressivos da Reforma Psiquiátrica brasileira. In: LIMA, A. F.(Org.). **(Re)pensando a Saúde Mental e os processos de desinstitucionalização: histórias, intervenções e desafios ético-políticos**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018, p. 15-34.

LIMA, D.K.R.R; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis**, v. 29, e290310, 2019.

MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W. F. (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1273-1284, 2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.621-626, 2012.

NUNES, M. O.; LIMA JUNIOR, J. M.; PORTUGAL, C. M.; TORRENTE, M. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, vol.24, n.12, p.4489-4498, 2019.

ONOCKO-CAMPOS R.T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cad Saude Publica** v.35, n.11, e00156119, 2019.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; AMARAL, C.E.M., SARACENO, B.; OLIVEIRA, B.D.C.; TREICHEL, C.A.S.; DELGADO P.G.G. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**. v.42, 2018.

PAULON, S. M. Quando a cidade “escuta vozes”: o que a democracia tem a aprender com a loucura. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 21, n. 63, p. 775-786, Dec. 2017.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção em saúde**. 3. ed. Porto Alegre: artmed, 2009.

POUPART, J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J.P.; GROULX, L.H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, A.(orgs) **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3 Ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 215-253.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Editora Hucitec, 1990 17-60p. SERAPIONI, M. Franco Basaglia: biography of a revolutionary. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, n.4, p. 1169-1187, 2019.

SOLLA, J.J.S.P. **Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS: avaliação da implantação do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista (Bahia), 1997 – 2008**. São Paulo: Hucitec, 2012.

STRAUSS, A; CORBIN, J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada, 2º ed. Porto Alegre. Artmed, 2008.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Secretaria municipal da saúde. Disponível em: <<http://www.pmvc.ba.gov.br/saude/>>. Acesso em: 21 nov. 2018.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. 22.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 192p.

YASUI, S; LUZIO, C.A.; AMARANTE P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Rev. polis psique**, v.8, n.1, p. 173-90, 2018.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e método**. 5.ed. Rio Grande do Sul: Editora Bookman, 2015. 290 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Roteiro de Entrevista- Coordenadora de Saúde Mental

- 1) Me fale um pouco sobre sua atuação na gestão.

Dimensão Epistêmica

- 2) Para você, qual a finalidade do cuidado em saúde mental?
- 3) O que você pensa sobre os sujeitos em sofrimento mental e ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas?
- 4) O que você pensa sobre o processo de desinstitucionalização?

Dimensão Normativa e Jurídica Legal

- 5) Existem documentos legais ou normativas que orientem o cuidado em saúde mental no município? Me fale um pouco sobre elas.
- 6) Existe uma política municipal de saúde mental? Me conte como ela foi elaborada.

Práticas de cuidado

- 7) Quais são as prioridades que você percebe com relação ao cuidado em saúde mental no município?
- 8) Quais ações têm sido desenvolvidas no município no que se refere ao processo de desinstitucionalização em saúde mental?
- 9) Existem ações de educação permanente? Fale-me um pouco sobre isso.
- 10) Existem atividades de geração de renda para os usuários do serviço em saúde mental? Você pode me contar sobre elas?
- 11) Existe algum tipo de ação cultural voltada para o cuidado em saúde mental? Como acontecem?
- 12) De que forma o cuidado em saúde mental ofertado nos serviços, pode contribuir para gerar autonomia para os usuários?
- 13) Quais são as potencialidades do processo de desinstitucionalização no município?
- 14) Quais são as principais dificuldades para implementar as ações de desinstitucionalização do cuidado em saúde mental no município?

Organizativa da RAPS

- 15) Na sua opinião, como tem ocorrido a articulação entre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial aqui no município?
- 16) E articulação com os serviços de outros setores, tais como habitação, jurídico, social, educacional, etc., como ocorre?
- 17) Como ocorre a atuação da Atenção Primária com relação ao cuidado em saúde mental?
- 18) Quais são os espaços de participação social aqui no município? Como tem ocorrido esta participação?
- 19) Você gostaria de dizer algo sobre o cuidado em saúde mental que não foi perguntado?

APÊNDICE B- Roteiro de Entrevista – Gestores

1) Me fale um pouco sobre sua atuação na gestão.

Dimensão Epistêmica

2) Para você, qual a finalidade do cuidado em saúde mental nesta instituição?

3) O que você pensa sobre os sujeitos em sofrimento mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas serem atendidos nesta instituição?

4) O que você pensa sobre o processo de desinstitucionalização?

Dimensão Normativa e Jurídica Legal

5) Existem documentos legais ou normativas que orientem o cuidado em saúde mental nesta instituição? Me fale um pouco sobre eles.

Dimensão Práticas de cuidado

6) Como se dá o acesso do usuário ao serviço? Me conte como eles chegam até este serviço.

7) E quando ele chega, como ocorre a marcação ou contato dele com os profissionais? (existe acolhimento, como se dá?)

8) Me conte sobre as atividades desenvolvidas nesta instituição. (Quais profissionais participam? Quem elabora?)

9) Para você, de que forma este serviço pode contribuir com o processo de desinstitucionalização?

10) De que forma o cuidado em saúde mental prestado aqui pode contribuir para a autonomia do usuário do serviço?

11) Quais são os atendimentos clínicos ofertados aqui? Me conte como ocorrem. (Como se dá a continuidade do cuidado para usuários com demandas clínicas? Existe algum mecanismo de responsabilização com o caso?)

12) Vocês desenvolvem Projeto Terapêutico Singular? Como ele é desenvolvido?

13) O que você pensa sobre a participação da família no cuidado do usuário? Como isto ocorre nesta instituição?

14) Há espaços para que o usuário possa participar das decisões tomadas na instituição ou opinar sobre as temáticas/ atividades que serão ofertadas? Fale-me um pouco sobre isso.

15) Para você, como ocorre o trabalho em equipe nesta instituição?

Dimensão Organizativa da RAPS

16) Na sua opinião, como tem ocorrido a articulação desta instituição com os demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial aqui no município?

17) E articulação com os serviços de outros setores, tais como habitação, jurídico, social, educacional, etc., como ocorre?

18) Você gostaria de dizer algo sobre o cuidado em saúde mental que não foi perguntado?

APÊNDICE C- Roteiro de Entrevista – Profissionais

- 1) Você pode me contar um pouco sobre sua atuação profissional nesta instituição?

Dimensão Epistêmica

- 2) Para você, o que é o processo de desinstitucionalização em saúde mental?
- 3) O que você pensa sobre as pessoas em sofrimento mental serem atendidas nesta instituição?
Por quê?
- 4) Para você, qual o sentido do cuidado em saúde mental nesta instituição?

Dimensão Normativa e jurídica-legal

- 5) Existem diretrizes que orientam seu trabalho nesta instituição? Você pode me falar um pouco sobre elas?

Dimensão Práticas de cuidado

- 6) Como se dá o acesso do usuário ao serviço? Me conte como eles chegam até este serviço.
- 7) E quando ele chega, como ocorre a marcação ou contato dele com os profissionais? (Existe acolhimento, como se dá?)
- 8) Me conte quais atividades relacionadas à saúde mental você realiza nesta instituição.
- 9) Existe alguma ação voltada para a desinstitucionalização? Como ocorre?
- 10) Quais são os atendimentos clínicos ofertados aqui? Me conte como ocorrem. (Como se dá a continuidade do cuidado para usuários com demandas clínicas? Existe algum mecanismo de responsabilização com o caso?)
- 11) Vocês desenvolvem projeto terapêutico singular? Como é feita a construção deste projeto?
- 12) O que você pensa sobre a participação da família no cuidado do usuário? Como isto ocorre nesta instituição?
- 13) No que se refere ao cuidado em saúde mental, como ocorre o trabalho em equipe nesta instituição? (O que a equipe demanda de você? Quais atividades vocês compartilham?)
- 14) Vocês desenvolvem grupos ou oficinas relacionadas à saúde mental? Me conte como ocorre.
- 15) Quem participa da seleção de temas que serão trabalhados nestes grupos ou oficinas?

- 16) Como vocês manejam casos de urgência em saúde mental nesta instituição? Você pode me dar um exemplo?
- 17) Para você, quais são as potencialidades e desafios da prestação de cuidado em saúde mental nesta instituição?

Dimensão Organizativa da RAPS

- 18) Você já precisou encaminhar ou já recebeu algum usuário de outro serviço? Como foi? Você pode me contar um exemplo?
- 19) No que se refere ao cuidado em saúde mental, como ocorre a articulação desta instituição com os demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial? E com a comunidade.
- 20) De que forma você acha que outros setores podem contribuir com o cuidado em saúde mental? (Exemplo: social, educacional, jurídico)
- 21) Você gostaria de acrescentar algo que não foi perguntado sobre o processo de cuidado em saúde mental?

APÊNDICE D- Roteiro de Entrevista – Usuários

Dimensão Epistêmica

- 1) O que você pensa sobre saúde mental?
- 2) O que você acha que as pessoas pensam sobre o sofrimento mental (ou o uso de álcool e drogas)?
- 3) O que você considera ser um bom cuidado em saúde mental?
- 4) Você já ouviu falar ou já frequentou algum hospital psiquiátrico? O que você pensa desta instituição?

Dimensão Normativa e Jurídica Legal

- 5) Você já participou de alguma conferência de saúde ou de saúde mental?
- 6) Nesta instituição ocorrem reuniões ou espaços que você pode participar e opinar sobre o cuidado oferecido? Conte-me um pouco sobre isso.

Dimensão Práticas de Cuidado

- 7) Eu gostaria que você me contasse como foi a primeira vez que você foi atendido neste serviço (devido alguma demanda de saúde mental) (por que veio, como ficou sabendo do serviço, como foi o primeiro contato...).
- 8) Me conte um pouco sobre quais atividades (voltadas para a temática da saúde mental) que você participa nesta instituição. Onde elas ocorrem? Quais profissionais participam?
- 9) Você já ajudou na elaboração ou na escolha do tema de alguma atividade que ocorreu nesta instituição?
- 10) Você participa de outras ações, como por exemplo, ações culturais, exposições, etc. relacionadas a temática da saúde mental? Como foi?
- 11) Você faz acompanhamento individual com algum profissional daqui? Me conte como ocorre.
- 12) Você utiliza medicamento por conta de alguma questão relacionada à saúde mental ou uso de álcool e droga? Me conte um pouco sobre eles (Quem receita, como você faz para conseguir...).
- 13) De que forma sua família participa do seu tratamento nesta instituição?
- 14) Quais são os pontos positivos do cuidado em saúde mental que é ofertado nesta instituição?

15) O que você acha que pode melhorar com relação ao cuidado em saúde mental que é oferecido nesta instituição?

Dimensão Organizativa da RAPS

16) Você costuma frequentar outros serviços de saúde? Me conte um pouco como é.

17) Está instituição já te encaminhou para outro serviço? Como foi? Você pode me contar um exemplo?

18) Você frequenta o posto de saúde da sua região? Me conte um pouco.

19) Você já precisou de algum atendimento de urgência por passar alguma situação de sofrimento mental (ou uso de álcool e droga)? Qual serviço você procurou? Como foi?

20) Você gostaria de acrescentar algo sobre o cuidado em saúde mental que não foi perguntado?

APÊNDICE E- Roteiro Observação Participante

DATA: _____
LOCAL: _____
SITUAÇÃO/CONTEXTO OBSERVADO: _____
PERÍODO DA OBSERVAÇÃO: de _____ até _____ .
PONTOS DE ANÁLISE: _____

ESPAÇO FÍSICO

(Localização dentro da cidade; presença de espaços abertos e para atividades em grupo; cadeiras e ambiência)

SUJEITOS ENVOLVIDOS

(Profissionais envolvidos nas atividades; interrelação profissional-usuário e profissional-profissional; articulação em rede e intersetorial)

ATIVIDADE(S) REALIZADA(S)

(Qual atividade; Autonomia do usuário; longitudinalidade; acolhimento; acesso do usuário; responsabilização; acompanhamento clínico; grupos)

PERCEPÇÕES**ANOTAÇÕES ADICIONAIS**

APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais e Gestores

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a), como voluntário(a), a participar da pesquisa **Cuidado em saúde mental, a partir dos pressupostos da desinstitucionalização: análise do caso de um município do sudoeste da Bahia**, realizado pela mestranda Mariá Lanzotti Sampaio sob orientação do Prof. Dr. José Patrício Bispo Júnior.

Nesta pesquisa, pretendemos analisar a produção de cuidado em saúde mental no município de Vitória da Conquista a partir dos pressupostos teóricos da desinstitucionalização. Almejamos que os resultados sejam úteis para fomentar ações de intervenção na área da saúde mental do município, resultando em melhorias do serviço. Para esta pesquisa, adotaremos a entrevista semiestruturada, a observação participante e a análise documental como forma de obtenção de informações.

Neste sentido, gostaríamos de contar com a sua participação permitindo-me entrevista-lo(a). Essa entrevista terá duração aproximada de uma hora. A mesma deve ser gravada em aparelho de áudio, assim, solicito sua autorização para gravar essa entrevista. Informo que a gravação será utilizada unicamente no processo de análise dos dados da pesquisa, o(a) Sr.(a) não terá seu nome identificado em nenhuma das etapas e todos os dados e informações serão mantidos em absoluto sigilo. Destaco que as informações somente serão utilizadas para os fins acadêmicos e científicos. Além disso, os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando da finalização do estudo.

O Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para aceitar ou recusar-se a participar. Os riscos de sua participação estão relacionados a eventuais desconfortos que algumas perguntas poderão lhe causar. A fim de minimizar o risco, buscamos nos preparar antes da entrada no local do estudo para conduzir essa entrevista da maneira que seja mais confortável para o Sr.(a) e apenas serão realizadas perguntas relacionadas às informações que não puderam ser obtidas de outras fontes. Além disso, o Sr.(a). poderá interromper essa entrevista e poderá retirar seu consentimento a qualquer momento.

Cabe pontuar ainda, que não haverá nenhum custo ou qualquer vantagem financeira com a participação. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Federal da Bahia e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco (5) anos.

Por fim, caso o(a) Sr.(a) tenha alguma dúvida ou necessite de qualquer esclarecimento, por favor, entre em contato com a pesquisadora abaixo a qualquer tempo: Mariá Lanzotti Sampaio telefone: (77) 99144-9798/ e-mail: maria_lanzotti@hotmail.com, ou pelo endereço: Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Rua Rio de Contas, Qd 17, nº 58, gabinete 22 - Candeias, Vitória da Conquista -BA, CEP: 45029-094, telefone comercial: (77) 3429-2709. Ou ainda, se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética e Pesquisa - UFBA - Campus Anísio Teixeira - Rua Rio de Contas, nº58, Qd 17, Lt 58. Candeias. Vitória da Conquista - BA. CEP: 45029 - 094; tel.: (77) 3429 -2720 (período matutino), E-mail: cepims@ufba.br.

Sendo assim, caso o (a) Sr(a) concorde em participar da pesquisa, por sua livre vontade, deverá assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, juntamente com os pesquisadores, tendo posse de uma cópia para si e outra para uso dos pesquisadores.

Vitória da Conquista, _____ de _____ de 2019.

Nome
Participante

Assinatura

Nome
Pesquisador

Assinatura

APÊNDICE G- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Usuários

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a), como voluntário(a), a participar da pesquisa **Cuidado em saúde mental, a partir dos pressupostos da desinstitucionalização: análise do caso de um município do sudoeste da Bahia**, realizado pela mestranda Mariá Lanzotti Sampaio sob orientação do Prof. Dr. José Patrício Bispo Júnior.

Nesta pesquisa, queremos entender como ocorre o cuidado em saúde mental na cidade de Vitória da Conquista considerando a ideia de desinstitucionalização. Esperamos que os resultados possam gerar melhorias nos serviços de atenção em saúde mental. Para obter os dados necessário à esta pesquisa, vamos realizar entrevistas, observar atividades nos serviços e analisar os documentos legais.

Neste sentido, gostaríamos de contar com a sua participação permitindo-me entrevista-lo(a). Essa entrevista terá duração aproximada de uma hora. A mesma deve ser gravada em aparelho de áudio, assim, solicito sua autorização para gravar essa entrevista. Informo que a gravação será utilizada unicamente para analisar os dados da pesquisa, o(a) Sr.(a) não terá seu nome identificado em nenhuma das etapas e todos os dados e informações serão mantidos em absoluto sigilo. Destaco que as informações somente serão utilizadas para os fins acadêmicos e científicos. Além disso, os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando da finalização do estudo.

Caso tenha qualquer dúvida sobre o estudo, o Sr.(a) será esclarecido a qualquer momento e estará livre para aceitar ou recusar-se a participar. Os riscos de sua participação estão relacionados a possíveis desconfortos que algumas perguntas poderão lhe causar. Para diminuir o risco, buscamos nos preparar antes da entrada no local do estudo para realizar essa entrevista da maneira que seja mais confortável para o Sr.(a) e apenas serão realizadas perguntas relacionadas às informações que não puderam ser obtidas de de outra maneira. Além disso, o Sr(a). poderá recusar-se a responder alguma pergunta, ou ainda interromper essa entrevista e retirar sua participação na pesquisa a qualquer momento.

Além disso, não haverá nenhum custo ou qualquer vantagem financeira com a participação. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não gerará nenhuma penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Federal da Bahia e a outra será fornecida ao Sr.(a) Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco (5) anos.

Por fim, caso o(a) Sr.(a) tenha alguma dúvida ou necessite de qualquer esclarecimento, por favor, entre em contato com a pesquisadora abaixo a qualquer tempo: Mariá Lanzotti Sampaio telefone: (77)

99144-9798/ e-mail: mariah_lanzotti@hotmail.com, ou pelo endereço: Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Rua Rio de Contas, Qd 17, nº 58, gabinete 22 - Candeias, Vitória da Conquista -BA, CEP: 45029-094, telefone comercial: (77) 3429-2709. Ou ainda, se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética e Pesquisa - UFBA - Campus Anísio Teixeira - Rua Rio de Contas, nº58, Qd 17, Lt 58. Candeias. Vitória da Conquista - BA. CEP: 45029 - 094; tel.: (77) 3429 -2720 (período matutino), E-mail: cepims@ufba.br.

Sendo assim, caso o (a) Sr(a) concorde em participar da pesquisa, por sua livre vontade, deverá assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, juntamente com os pesquisadores. Uma cópia ficará com o Sr (a). e e outra com os pesquisadores.

Vitória da Conquista, _____ de _____ de 2019.

Nome	Assinatura
Participante	


Nome	Assinatura
Pesquisador	



Impressão
digital
Polegar direito

ANEXOS

ANEXO A – Comprovante de aprovação - Artigo 1.

 ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO		Saúde Educação Ciência Cultura Tecnologia Ciência Trabalho Saúde		
Sistema	Manuscritos	Habilitar perfil de Parecerista	Instruções aos Autores	Dados Pessoais
				VOLTAR

Mensagem de Finalização do Manuscrito

Prezado(a) Professor(a) Dr(a) **MARIÁ LANZOTTI SAMPAIO**:

Recebemos os pareceres referentes à etapa final de avaliação do artigo: "Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil".

Os pareceristas avaliaram e o artigo foi aceito para publicação.

Atenciosamente,

Angélica Ferreira Fonseca
Carla Martins
Bianca Antunes

Coordenação Editorial
Revista Trabalho, Educação e Saúde
www.revista.epsjv.fiocruz.br
www.scielo.br/tes
e-mail: revtes@fiocruz.br
tel: (21) 3865-9850
fax: (21) 2560-8279

ANEXO B- Autorização Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

Secretaria de Saúde
www.pmvc.ba.gov.br

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA A COLETA DE DADOS E DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA

Eu, Lorena Silveira Almeida, ocupante do cargo de Assessoria de Planejamento e Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Vitória da Conquista, autorizo a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado “Cuidado em Saúde Mental: Análise multidimensional na perspectiva da desinstitucionalização” da pesquisadora Mariá Lanzotti Sampaio, exclusivamente nas Unidades de Saúde da Rede de Atenção da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista por ser de governabilidade deste município, após aprovação do referido projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia (CEP/UFBA) e declaro que esta instituição apresenta a infraestrutura necessária para a realização da referida pesquisa.

Vitória da Conquista, 30 de Abril de 2019

Lorena Silveira Almeida
Assessoria de Planejamento e
Educação Permanente
CPF: 04770 Mar: 244222

Lorena Silveira Almeida - Matrícula 24422-2
Assessoria de Planejamento e Educação Permanente
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ 13.822.397/0001-49

ANEXO C- Autorização Núcleo de Estudos Permanentes do Hospital Geral de Vitória da Conquista




Núcleo de Educação Permanente (NEP-HGVC)
 Email: nep_hgvc@hotmail.com
 Tel: (77)3427 - 4581

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Juliana Oliveira Santos, responsável pela Comissão de Ensino e Pesquisa do HGVC pela portaria nº 41/2015, autorizo a realização do estudo "CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: ANÁLISE MULTIDIMENSIONAL NA PERSPECTIVADA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO", a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora MARIÁ LANZOTTI SAMPAIO com a docente Prof. Dr. José Patrício Bispo Júnior. Fui informado que os dados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e serão utilizadas exclusivamente para os objetivos deste estudo. Ao mesmo tempo, ratifico que o nome desta instituição deverá constar no relatório final, bem como em futuras publicações científicas. As informações em prontuário só poderão ser coletadas durante a permanência do paciente no hospital. Não autorizamos busca após alta hospitalar.

DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável de um Comitê de Ética e Pesquisa vinculado a Plataforma Brasil para a realização da referida pesquisa.

Vitória da Conquista, 22 de abril de 2019.


 Juliana Oliveira Santos
 Coordenação de Ensino e Pesquisa/HGVC
 Núcleo de Educação Permanente
 CNPJ/HGVC:13.937.131/0062-63

Juliana Oliveira Santos
 Enfermeira - Cad. 19.536.853-1
 Núcleo de Educação Permanente / HGVC

HGVC - HOSPITAL GERAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

Avenida Filipinas - S/N - Bairro Jardim Guanabara
 Vitória da Conquista - BA - CEP: 45.023-300
 Telefones (77)-3424-6060 / (77)3424-3933/ (77)3423-5017

ANEXO D- Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa UFBA-IMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cuidado em saúde mental: análise multidimensional na perspectiva da desinstitucionalização

Pesquisador: José Patrício Bispo Júnior

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14158219.5.0000.5556

Instituição Proponente: Instituto Multidisciplinar em Saúde-Campus Anísio Teixeira

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.374.680

Apresentação do Projeto:

O projeto pretende avaliar o processo de desinstitucionalização do cuidado em saúde mental do município de Vitória da Conquista-Bahia. O movimento pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica, juntos, formam o eixo de orientação para a construção de alternativas de cuidado e de atenção à saúde, particularmente no campo da Saúde Mental. É um estudo de natureza qualitativa, do tipo estudo de caso. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas e observação participante. A análise dos dados coletados será feita a partir de matriz analítica desenvolvida com base em AMARANTE (2013; 2016); ROTELLI; LEONARDIS; MAURI. (1990); YASUI (2010).

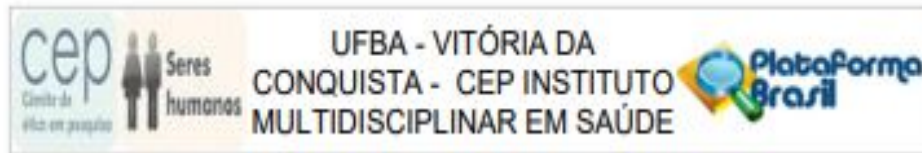
O projeto se justifica a partir de um forte embasamento histórico e social da Psiquiatria e das Políticas de Atenção Psicossocial no Brasil. É relevante destacar que o projeto pretende produzir elementos que aprimorem a gestão e a produção do cuidado em Saúde Mental no Município de Vitória da Conquista-Bahia. A hipótese, de modo geral, é de que a mera desospitalização não atende aos anseios da população atendida, nem aos familiares.

Os propósitos da Reforma Psiquiátrica também não são alcançados. O estudo abordará um conjunto de 4(quatro) usuários do serviço de saúde com mais de 18 anos, lúcido e orientado no momento da entrevista, frequentar a instituição há pelo menos seis meses.

Os gestores e profissionais de saúde fazem parte de uma amostra por conveniência.

Há uma grande variedade de serviços no RAPS, cada um com um tipo de qualificação, da APS ao

Endereço: Rua Homêindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58
 Bairro: CANDEIAS CEP: 45.029-094
 UF: BA Município: VITÓRIA DA CONQUISTA
 Telefone: (77)3429-2720 E-mail: cepims@ufba.br



Continuação do Parecer: 3.374.680

SAMU. A amostra pretende mapear cada um dos agentes que atuam no processo de desospitalização.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

analisar o cuidado em saúde mental no município de Vitória da Conquista a partir da desinstitucionalização.

Objetivo secundário:

- a) compreender as concepções de gestores, profissionais e usuários sobre o sofrimento mental, o espaço social das pessoas que vivenciam essa condição e as formas de organização do cuidado.
- b) analisar o processo de desinstitucionalização no município a partir das políticas de saúde mental, documentos técnicos e atos normativos.
- c) analisar o processo de trabalho em saúde mental com base no referencial de desinstitucionalização
- d) analisar a estruturação e articulação da RAPS de Vitória da Conquista-Ba na perspectiva da integralidade do cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O desconforto gerado durante a coleta de dados será contornado por meio de uma preparação cuidadosa na entrada em campo de coleta de dados, buscando minimizar dúvidas e qualquer tipo de desconforto para os participantes. Só serão coletadas as informações que não puderem ser esclarecidas por outras fontes. Além disso os participantes poderão interromper a entrevista a qualquer momento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem estruturada, do ponto de vista teórico e metodológico, os riscos e benefícios foram avaliados e as medidas para contornar os desconfortos foram bem delineados. O desenho metodológico e o problema de investigação passou por revisão bibliográfica.

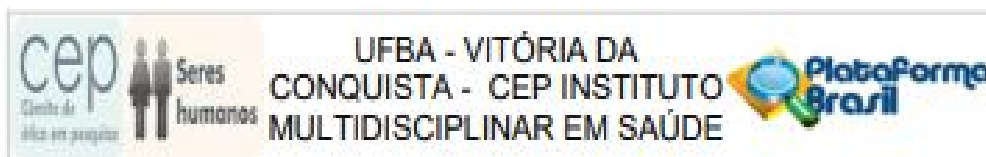
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os documentos solicitados pela plataforma, destaco o TCLE e o TERMO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO. Ambos os termos atendem aos propósitos da pesquisa e formam escritos de forma clara e bem direcionada ao público a ser abordado pela pesquisa.

Recomendações:

O projeto foi bem delineado, do ponto de vista teórico e metodológico, apresentou todos os

Endereço: Rua Horrindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58
 Bairro: CANDEIAS CEP: 45.029-094
 UF: BA Município: VITÓRIA DA CONQUISTA
 Telefone: (77)3429-2720 E-mail: cepima@ufba.br



Continuação do Parecer: 3.374.680

elementos fundamentais para a produção de dados, construiu estratégias para contornar os riscos em participar da pesquisa. Nos critérios de inclusão de gestores e profissionais em saúde o tempo na posição (como gestor e como profissional) de saúde não está claramente definido. Serão abordados 7 gestores e 21 profissionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Eslarecer no item "critérios de inclusão" como o tempo no exercício da função de gestor e de profissional de saúde nas RAPS pode ou não alterar a amostra e o problema de estudo

Considerações Finais a critério do CEP:

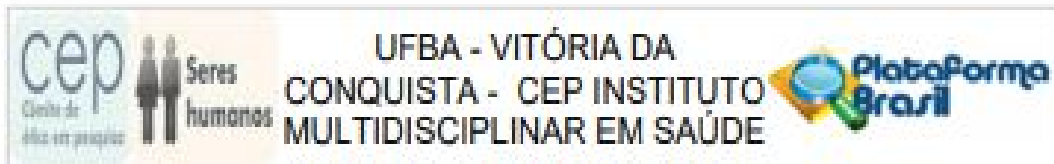
O presente parecer foi apreciado e aprovado por unanimidade na 75ª reunião ordinária do CEP do IMS-CAT/UFBA, ocorrida no dia 04 de junho de 2019. Conforme a Resolução nº 466/12 (Item X, Tópico X.1, Ponto 3b), é necessário submeter, na Plataforma Brasil, relatórios semestrais referentes à execução deste projeto. Para este fim verifique o endereço eletrônico: <http://cep.ims.ufba.br/relat%C3%B3rio>. Caso haja relatórios pendentes, este Comitê se reserva a não apreciar novas submissões do pesquisador responsável até que estes sejam submetidos.

Qualquer alteração no projeto deverá ser encaminhada para análise deste comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1359443.pdf	20/05/2019 22:06:03		Aceito
Outros	FolhaLocal_Projeto_Mariah.pdf	20/05/2019 13:08:36	Mariá Lanzotti Sampaio	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_MARIAH_SAMPAIO_Final.pdf	20/05/2019 12:37:08	Mariá Lanzotti Sampaio	Aceito
Outros	Autorizacao_uso_de_depoumento.pdf	20/05/2019 12:32:37	Mariá Lanzotti Sampaio	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_Esclarecido.pdf	20/05/2019 12:22:36	Mariá Lanzotti Sampaio	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_atual_ASSINADA.pdf	20/05/2019 10:07:04	José Patrício Bispo Júnior	Aceito
Outros	cv_JosePatricio_.pdf	19/05/2019 20:54:28	Mariá Lanzotti Sampaio	Aceito
Outros	Curriculo_Mariah.pdf	18/05/2019	Mariá Lanzotti	Aceito

Endereço: Rua Homêndo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58
 Bairro: CANDEIAS CEP: 45.029-094
 UF: BA Município: VITÓRIA DA CONQUISTA
 Telefone: (77)3429-3730 E-mail: cepims@ufba.br



Continuação do Parecer: 3.374.680

Outros	Currículo_Mariah.pdf	11:08:23	Sampaio	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	17/05/2019 23:15:49	Mariá Lanzotti Sampaio	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_participacao_Projeto_Mariah.pdf	17/05/2019 23:09:15	Mariá Lanzotti Sampaio	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Coleta_RAPS_SMS.pdf	17/05/2019 22:18:28	Mariá Lanzotti Sampaio	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Coleta_RAPS_HGVC.pdf	17/05/2019 22:18:11	Mariá Lanzotti Sampaio	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA DA CONQUISTA, 06 de Junho de 2019

Assinado por:
Raquel Souza
(Coordenador(a))

**ANEXO E- Comprovante de aprovação do artigo científico nos Cadernos de Saúde Pública
– Artigo 2**

CSP CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

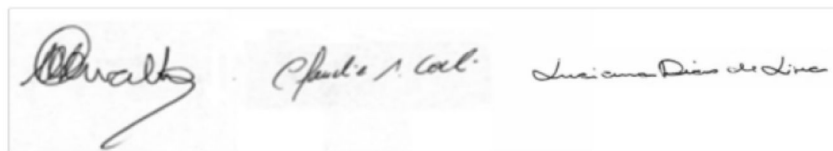
Rio de Janeiro, 05 de agosto de 2020.

Ilmo(a) Sr(a). Mariá Lanzotti Sampaio:

Em nome do Conselho Editorial de Cadernos de Saúde Pública, comunicamos que o artigo de sua autoria, em colaboração com José Patrício Bispo Júnior, intitulado "Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental", foi aprovado quanto ao seu mérito científico.

A conclusão do processo editorial de seu artigo dependerá da avaliação técnico-editorial com vistas a detectar dúvidas de formatação, referências bibliográficas, figuras e/ou tabelas. Comunicação nesse sentido lhe será enviada oportunamente.

Atenciosamente,



Marília Sá Carvalho

Cláudia Medica Coeli

Luciana Dias de Lima
Editoras

**ANEXO F- Comprovante de aprovação do artigo científico à revista Interface –
Comunicação, Educação, Saúde
-Artigo 3**

Manuscripts I Have Co-Authored

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
ADM: Freitas, Juliana ADM: Ariadne, Isabela	ICSE-2020-0267.R1	Dimensão epistêmica da Reforma Psiquiátrica Brasileira: significados de gestores, profissionais e usuários View Submission Submitting Author: Bispo Júnior, José	26-Aug-2020	26-Aug-2020
<ul style="list-style-type: none"> Accept (20-Oct-2020) Awaiting Production Processing 		Cover Letter		
ADM: Freitas, Juliana ADM: Ariadne, Isabela ADM: Cyrino, Antonio	ICSE-2020-0267	Dimensão epistêmica da Reforma Psiquiátrica Brasileira: significados de gestores, profissionais e usuários View Submission Submitting Author: Bispo Júnior, José	06-May-2020	06-May-2020
<ul style="list-style-type: none"> Revision (11-Aug-2020) a revision has been submitted 		Cover Letter		