



Trabalho, Educação e Saúde

ARTIGO

DOI: 10.1590/1981-7746-sol00271

Caminhos e impasses da desinstitucionalização na perspectiva dos trabalhadores em saúde mental da grande Vitória

Pathways and impasses of deinstitutionalization in the perspective of mental health workers of the greater Vitória

Caminos e impases de desinstitucionalización en la perspectiva de los trabajadores de salud mental de la gran Victoria

Adriana Leão¹

Alana Machado Batista²

Resumo

Este artigo teve como objetivo apresentar os principais caminhos e impasses acerca do processo de desinstitucionalização em quatro cidades da Grande Vitória, no estado do Espírito Santo. O panorama descrito ocorreu por meio de pesquisa operacionalizada com o uso de grupos focais formados por trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial. Após a análise de conteúdo, resultaram como temáticas a desinstitucionalização na perspectiva dos Centros de Atenção Psicossociais e na dos Serviços Residenciais Terapêuticos além de outros importantes subtemas como a rede de atenção e a centralidade da internação psiquiátrica no processo de cuidado. Consideramos que, apesar das dificuldades estruturais da rede, há o engajamento de muitos desses profissionais nos processos de trabalho e ressaltamos a importância de resistências na luta pela garantia da Reforma Psiquiátrica para assegurar, de fato, o processo de desinstitucionalização.

Palavras-chave desinstitucionalização; serviços de saúde mental; reforma psiquiátrica; trabalhadores de saúde mental.

¹ Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Terapia Ocupacional, Vitória, Brasil, <drileao@gmail.com>

² Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Vitória, Brasil, <alanamachado@id.uff.br>

Como citar: LEÃO, Adriana; BATISTA, Alana M. Caminhos e impasses da desinstitucionalização na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental da Grande Vitória. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020, e00271102. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00271>

Recebido: 04/06/2019
Aprovado: 30/01/2020



Abstract

This article aims to present the main paths and impasses regarding the deinstitutionalization process in four cities in Greater Vitória, in Brazil. The described scenario occurred through operationalized research with the use of focus groups formed by workers from the Psychosocial Care Network. After the content analysis, deinstitutionalization from the perspective of Psychosocial Care Centers and Residential Therapeutic Services, as well as other important subthemes, such as the care network and the centrality of psychiatric hospitalization in the care process, resulted as themes. We consider that, despite the structural difficulties of the network, there is the engagement of many of these professionals in the work processes and we emphasize the importance of resistance in the fight for the guarantee of the Psychiatric Reform to ensure, in fact, the process of deinstitutionalization.

Keywords deinstitutionalization; mental health services; psychiatric reform; mental health workers.

Resumen

Este artículo tuvo como objetivo presentar los principales caminos e impases con respecto al proceso de desinstitucionalización en cuatro ciudades de la Gran Vitória, en Brasil. El escenario descrito se produjo a través de la investigación operativa con el uso de grupos focales formados por trabajadores de la Red de Atención Psicosocial. Después del análisis de contenido, resultó como temática la desinstitucionalización en la perspectiva de los Centros de Atención Psicosocial y en la de los Servicios Terapéuticos Residenciales, así como otros subtemas importantes, como la red de atención y la centralidad de la hospitalización psiquiátrica en el proceso de cuidado. Consideramos que, a pesar de las dificultades estructurales de la red, existe la participación de muchos de estos profesionales en los procesos de trabajo y enfatizamos la importancia de la resistencia en la lucha por la garantía de la Reforma Psiquiátrica para garantizar, de hecho, el proceso de desinstitucionalización.

Palabras clave desinstitucionalización; servicios de salud mental; reforma psiquiátrica; trabajadores de salud mental.

Introdução

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira deram início ao processo de desinstitucionalização, que foi diretamente influenciado pela Reforma Psiquiátrica Italiana. O ponto marcante desse processo, além de outros avanços, foi a aprovação da lei federal n. 10.216, originária do projeto de lei Paulo Delgado, que redireciona a assistência em saúde mental e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com sofrimento psíquico, preconizando a necessidade de extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por outros recursos assistenciais (Brasil, 2001).

Desinstitucionalização significa um processo social e complexo, concreto e cotidiano, que busca a superação do paradigma racionalista problema-solução aplicado em psiquiatria, e isso implica o desmonte de estruturas legislativas, científicas, administrativas, o que envolve conflitos e transformações das estruturas institucionais. A proposta da desinstitucionalização é deslocar o olhar para a 'existência-sofrimento' do indivíduo em relação com o corpo social, retirando-o dos 'parênteses' colocados pela psiquiatria (Rotelli, Leonardis e Mauri, 2001).

O paradigma que se almeja então é o da Atenção Psicossocial, que tem como valores o resgate da cidadania, da participação ativa das pessoas que enfrentam a experiência do sofrimento psíquico e a estigmatização a ela atrelada. Com base nessa compreensão, concordamos com Saraceno (1999), ao afirmar que a reabilitação possível não é a simples restituição de direitos formais, mas sim a construção afetiva, relacional, material, habitacional e produtiva das pessoas.

Assim, a desinstitucionalização, para além da desospitalização, inclui a criação de espaços públicos para a circulação de sujeitos e afetos, a desnaturalização de saberes e práticas que embasam o confinamento de pessoas em sofrimento psíquico, bem como a invenção de propostas de cuidado singulares e inclusivas.

Nas palavras de Dimenstein e Liberato (2009), desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias. Para Liberato (2011), isso envolve a articulação de uma rede comunitária de cuidados, o que engloba diferentes serviços substitutivos ao manicômio, conectados também a outros espaços da cidade. Tal rede torna possível não apenas uma modificação nas formas de cuidado e acolhimento, com base nas mudanças administrativas e da criação de novos equipamentos, mas, principalmente, possibilita a invenção de novas relações e sociabilidades dentro da comunidade e do espaço urbano.

O processo de desinstitucionalização das pessoas que viveram por longos períodos em instituições asilares ocorre com a instauração do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, que se pautou pela avaliação das condições dos hospitais psiquiátricos no Brasil, com a instituição do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) – Psiquiatria. Outras medidas foram a indicação do fechamento de instituições asilares, a criação de serviços substitutivos ao manicômio – como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) – pela Portaria Ministerial n. 106, de 2000 – e serviços de atenção psicossocial – como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps). A desinstitucionalização é uma questão central da lei n. 10.216/2001, uma vez que prevê a criação de estratégias de alta programada para usuários internados por longos períodos (Brasil, 2001).

O processo de reabilitação psicossocial orienta a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social dos moradores dos SRTs (Brasil, 2004).

Nesse sentido, o SRT é composto por casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de sofrimentos psíquicos intensos, institucionalizadas ou não (Brasil, 2004).

Conforme considerações de Batista (2019), assegurar a moradia, a vivência e habitação dessas pessoas na comunidade indica que o cuidado ocorrerá no território, amparado pelos equipamentos da rede de saúde, no estreitamento dos laços sociais, com a possibilidade de circulação pelas cidades. A desinstitucionalização, nesse sentido, não é simplesmente passar o usuário do manicômio para um SRT, mas garantir ampliação dos espaços de vida, de apropriação de direitos e deveres, de corresponsabilização no tratamento e, desse modo, assegurar a produção de saúde.

Em concomitância, ao usuário também é garantido o tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2015), em suas diferentes modalidades, é um ponto de atenção estratégica da Raps. Tais Centros são um serviço de saúde aberto e comunitário que contam com uma equipe multiprofissional cuja atuação tem um viés interdisciplinar. Nesses serviços, são realizados, prioritariamente, atendimento às pessoas, crianças e jovens (Caps ij) e adultos, com sofrimento psíquico (Caps I, II ou III), incluindo aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Caps ad) em sua área territorial, seja nos episódios de crise, seja na reabilitação psicossocial. Os Caps diferenciam-se em I, II, ou III, conforme a área de abrangência populacional, sendo que o Caps III apresenta leitos psiquiátricos e funcionamento vinte e quatro horas.

Além disso, os cuidados no Caps são exercidos em um ambiente de portas abertas, acolhedor e inserido nos territórios, com base no desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que leva em consideração a história do sujeito e a articulação com a família e outros pontos da rede e que permite o processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

Após o acolhimento inicial, tendo em vista a necessidade de continuidade do tratamento, são oferecidos: atendimentos individuais com profissionais com base na elaboração de um PTS; atenção a situações de crise; atendimentos em grupo, familiares, domiciliares; ações de reabilitação psicossocial, promoção de contratualidade; fortalecimento do protagonismo do usuário e familiar; ações de articulação em rede; matriciamento; redução de danos; acompanhamento de serviço residencial terapêutico; apoio ao serviço residencial de caráter provisório, além de muitas outras ações realizadas no cotidiano (Brasil, 2015).

Em conformidade com a Lei da Reforma Psiquiátrica – e amparada pelos norteadores do processo de desinstitucionalização –, em novembro de 2015, juntamente com os profissionais que compõem o

Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do estado do Espírito Santo, o grupo de pesquisa *Políticas Públicas e práticas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial* promoveu o *Seminário Estadual de Saúde Mental no ES: redes e produção de cuidado, caminhos e desafios*. Como resultado desse seminário, surgiram algumas demandas por parte dos trabalhadores que compunham a Raps. A principal foi a continuidade desses encontros. O grupo de pesquisa, inicialmente, propôs elaborar essa demanda com os trabalhadores, numa tentativa de compreender como se tem constituído a produção do processo de cuidado na rede de Saúde Mental em quatro municípios da Grande Vitória (Serra, Vitória, Vila Velha e Cariacica). Para a consecução dessa proposta, foram utilizados grupos focais delineados a partir de eixos temáticos, eleitos como temas centrais e de relevância na discussão do cuidado em saúde mental: Saúde Mental Infantojuvenil, Atenção às situações de crise, Cuidado em álcool e outras drogas, Saúde Mental na Atenção Básica, Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

Diante do exposto, objetivamos, neste artigo, analisar o processo de produção de cuidado em saúde mental, em especial os processos de desinstitucionalização, com base nos serviços Caps e SRT, no contexto da Raps dos municípios da Grande Vitória.

Método

A metodologia adotada para o levantamento de dados foi de natureza qualitativa e exploratória ao utilizar como estratégia os grupos focais com trabalhadores de saúde mental dos serviços da Raps. O grupo focal é uma forma de entrevistas com grupos, baseada na comunicação e na interação. Seu principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo) com base em um grupo de participantes selecionados (Trad, 2009).

Os grupos focais do eixo temático Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial tiveram como foco a produção de cuidado em saúde mental em rede na Grande Vitória, no que diz respeito às práticas de desinstitucionalização. Para tanto, foram realizados dois grupos focais, um com a discussão a partir dos Caps e o outro, dos SRTs, acerca das possibilidades e limites para o fortalecimento e a qualificação da Raps, pondo em análise os atravessamentos das práticas no que diz respeito ao cuidado em saúde mental, ou seja, foram preservadas as especificidades, ao mesmo tempo em que são intensificadas as interlocuções desse modo de produção do cuidado.

Os encontros de cada grupo focal foram cuidadosamente planejados em reuniões do grupo de pesquisa e, para cada um dos eixos da pesquisa, buscamos delinear os serviços específicos para cada temática. Foi respeitado o número-limite de até 15 participantes para o grupo focal e considerada margem de não comparecimento de até 21 pessoas. Diante da especificidade do tema, enviamos convite por *email* aos coordenadores das equipes, a fim de que eles divulgassem, nas reuniões, os encontros dos grupos focais, de modo que os trabalhadores participassem da pesquisa. Para o grupo focal com perspectiva da desinstitucionalização e reabilitação psicossocial a partir dos Caps foram convidados, por município, os seguintes números de trabalhadores dos serviços: Serra – 02 Caps II; e 02 CAPS ad; Vila Velha – 02 Caps ad; Cariacica – 02 hospital especializado 1 Caps II; Vitória – 02 Caps III, 02 Caps II, 02 Caps III ad. Já para o grupo focal com a perspectiva da desinstitucionalização a partir das SRTs: Serra – 02 Caps II e 02 Caps ad; Vila Velha – 02 Caps ad; Cariacica – 02 Caps II e 02 Caps II; Vitória – 02 Caps ad, 02 Caps II, 02 Caps III e 02 Caps i. Ao final, foram participantes da pesquisa com a temática Desinstitucionalização: nove trabalhadores do grupo focal na perspectiva dos SRTs e dez trabalhadores do grupo focal na perspectiva dos Caps.

Os encontros dos grupos focais foram realizados em março de 2017, tiveram a duração de duas horas e contaram com dois coordenadores, bem como dois observadores. O roteiro, previamente estabelecido, teve como tópicos norteadores da discussão: cotidiano dos serviços na produção de cuidado; relação entre os diferentes serviços que compõem a Raps; percepção da implantação e consolidação da Raps;

produção de cuidado diante da especificidade dos diferentes serviços nos territórios em que estão inseridos; e caminhos e impasses na produção de cuidado para o processo de desinstitucionalização nos municípios. A sessão foi gravada e, posteriormente, transcrita para análises.

O tratamento e análise do material, bem como a sua codificação, ocorreu por intermédio da análise de conteúdo que Bardin (2011, p. 47) define como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Há várias maneiras para analisar conteúdos de materiais de pesquisa; esta etapa foi trabalhada na modalidade de análise temática que “procura nas expressões verbais ou textuais os temas gerais recorrentes que fazem a sua aparição no interior de vários conteúdos mais concretos” (Bardin, 2011, p. 442). Desse modo, após leituras sucessivas e discussão com a equipe de pesquisa, houve um consenso sobre a categorização das falas, que não foram selecionadas por sua repetição, mas pela relevância dos relatos no encaminhamento das discussões. Como norteadores para a análise e a reflexão dos resultados, utilizamos a produção acerca da Atenção Psicossocial em interface com a Saúde Coletiva.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, por meio do Parecer Consubstanciado do CEP nº 1.566.200, de 25 de maio de 2016. Desse modo, foram respeitados os princípios éticos fundamentais adotados na abordagem aos colaboradores, na coleta e tratamento dos dados, com base na Resolução n. 466, de 12 de dezembro 2012, a qual dispõe sobre as normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e receberam uma via do documento. Os áudios foram registrados e a identificação dos participantes suprimida de todas as transcrições, garantindo, assim, o sigilo quanto à identificação dos trabalhadores.

Resultados e discussão

O tratamento do material transcrito pautou-se pela análise acerca das temáticas mais relevantes que emergiram e responderam ao objetivo inicial da pesquisa, bem como os tópicos do roteiro utilizado foram norteadores também para a organização das categorias empíricas resultantes. Assim, as principais discussões serão aqui apresentadas em duas subseções: processo de desinstitucionalização na perspectiva dos Caps e a outra, dos SRT.

Processo de desinstitucionalização a partir dos Caps

Na análise dos temas que emergiram das falas dos participantes, nota-se a preocupação dos trabalhadores com processos de institucionalização nos serviços que apresentam como proposta a substituição de um cuidado asilar, os Caps, para que não reproduza o modelo do hospital psiquiátrico. Desse modo, surgiram atravessamentos referentes ao processo de ‘dar alta’ ao usuário, o que, por vezes, como apontam os trabalhadores, pode gerar o ‘encapsulamento’ ou sua institucionalização nos serviços substitutivos:

Outra coisa é uma institucionalização que a gente também permite dentro do Caps. Não sei, é uma dificuldade que a gente tem, fica institucionalizado no Caps, e a gente tem também a nossa dificuldade de nos desfazer daquela pessoa, fica com pena dele.

Porque a gente trabalha dentro do Caps, onde dizemos acreditar num serviço multiprofissional, num serviço de atenção psicossocial e a gente, através das nossas atitudes, afirma o lugar ainda do tratamento tradicional, do tratamento medicamentoso, a gente afirma esse lugar.

A gente vê a fragilidade dessa rede. O cara acaba ficando ‘encapsulado’. A gente promove a institucionalização, porque não tem a estrutura mínima.

Atualmente, de forma geral, os serviços do Caps parecem possuir dificuldades em dar ‘alta’ ao usuário que se encontra estável, sem crise por um longo período de tempo. Ao concluírem que um usuário não necessita mais frequentar o Caps, não encontram na rede e no território ações que permitam seu desligamento do serviço, seja por falta de pontos da rede, seja por falta de profissionais. A consequência disso é a superlotação dos Caps, o que dificulta o acolhimento de novos usuários ou a garantia de atenção diária para alguns; o que os trabalhadores chamam de “enCAPSulamento” do usuário ou sua “institucionalização”, ou seja, a criação de uma certa relação de dependência do usuário com o Caps; a reagudização dos quadros clínicos e a internação por falta de cuidado adequado. Efeitos que conduzem as ações do serviço em direção contrária aos cuidados sob a égide da desinstitucionalização.

É preciso, não obstante, observar que a noção médico-biológica de ‘alta’ deve ser subvertida se a propomos no campo da Atenção Psicossocial. Ora, se na Reforma Psiquiátrica a noção de doença mental como um conjunto de sintomas a serem suprimidos dá lugar à concepção de que o sofrimento psíquico da psicose e da neurose implica formas singulares da existência (Goldberg, 1994), não deveria vigorar, na Atenção Psicossocial, uma concepção de alta que remeta o sujeito a uma normalidade psíquica que foi ou deverá ser atingida. Por isso, ainda que se conclua que o usuário não deve mais frequentar o serviço, a responsabilidade para com seu tratamento não se encerra. No que concerne à ‘alta’, é importante ressaltar que não é a magnitude do sintoma que define o serviço que deverá ter responsabilidade pelo cuidado, num dado momento da vida do usuário, mas “será, sim, a complexidade dos cuidados necessitados naquela situação; e essa complexidade se define a partir de um conjunto de aspectos em que a magnitude do sintoma é apenas mais um desses elementos” (Leal e Delgado, 2007, p. 14). Ainda é necessário refletir que somente a implantação dos novos serviços (Caps, RTs) não é capaz de promover, por si só, as transformações necessárias em todos os aspectos – sociais, políticos, econômicos – para plena efetivação das práticas em saúde mental, tendo em vista que a lógica manicomial atravessa o *socius* e se faz presente nas relações, no cotidiano e na cultura.

Segundo Pelbart (2001), existe uma espécie de fronteira simbólica entre a sociedade e os loucos; nesse sentido, não basta destruir os manicômios, nem acolher os loucos ou relativizar a noção de loucura se mantivermos intacto outro manicômio: o mental.

Ou seja, no exercício das práticas sociais, de trabalho e no discurso dos próprios trabalhadores que participaram dos grupos focais, a lógica de funcionamento manicomial atualiza-se e mostra-se evidente, como por exemplo, nas falas a despeito do ‘encapsulamento’, da dificuldade em ‘dar alta’.

O enfraquecimento do ‘manicômio mental’ e da lógica de funcionamento manicomial dos próprios trabalhadores pode ocorrer com o fortalecimento das redes corresponsáveis em saúde. Ou seja, uma rede com mais acolhimento e corresponsabilidade entre os profissionais e usuários e menos de encaminhamento sem implicação.

É preciso observar, ademais, que os trabalhadores imputam à falta de pontos na rede, bem como de profissionais, os limites para a realização da ‘alta do usuário’ do Caps:

Esse que eu coloquei de referência, a referência é um [problema]. Não tem pessoal, tá marcado para maio o próximo psicólogo, por que ele faz atendimento com psicólogo para daqui a três meses?.

‘Caramba, o que eu faço com esse cara?’, mas não tem nada no território? Nada. Às vezes não tem nada na rede.

Considerando que a precariedade e a falta de investimento político e financeiro na Raps impõem limites às ações da Atenção Psicossocial, não podemos deixar de salientar que uma das importantes funções do Caps é ser ordenador da rede. Isso significa que o Caps deve assumir seu papel estratégico

na composição da rede ao operar na regulação da rede de serviços de saúde e trabalhar com equipes da Estratégia de Saúde da Família. Além disso, cabe ao Caps zelar pela promoção da vida comunitária, articulada com os recursos das redes intersetoriais (socio sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc.), além de ser responsável pelo direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental (Brasil, 2004).

Assim, além do mandato terapêutico que lhe cabe, o Caps, como ordenador de rede, deve se preocupar com a composição da rede, a integralidade das ações e a articulação de recursos na área (Bezerra Junior, 2011).

Ademais, deve-se levar em consideração que a rede não é um elemento prévio à sustentação do processo de trabalho em Atenção Psicossocial, mas sua parte constituinte, e que não é possível manejar as especificidades do cuidado e dos processos de subjetivação sem a articulação com o território. Nesse sentido, o papel do Caps como ordenador da rede, atualmente, é um desafio para o processo de trabalho na Raps da Grande Vitória.

Tanto a 'alta do usuário', quanto o 'trabalho em rede' são temáticas que se interligam e apresentam influências uma sobre a outra. As dificuldades de referenciamento, devido à escassez de pontos de rede da Raps, bem como a incipiente rede social dos usuários, aponta certa fragilidade e necessidade que alguns trabalhadores sinalizam para a sustentação da lógica de internação, com forte representatividade do hospital especializado que atende a região, ainda como referência para acolhimento de crise psiquiátrica no Estado.

E a gente tenta mostrar, positivar isso, que é muito bom ele não precisar frequentar o Caps, mas não tem pra onde encaminhar, e aí aqueles casos que precisam apenas da medicação, às vezes de acompanhamento psicológico, a gente acolhe porque a pessoa não tem onde...

A cada reinternação você vê como que a pessoa vai regredindo, vai regredindo. Então se a rede funcionasse, ela não precisaria reinternar. Só que acaba que a lógica é contrária, a gente acaba institucionalizando.

Quiseram levar os moradores da antiga clínica de internação [nome] para o antigo manicômio da região metropolitana, eu não sei se as pessoas têm conhecimento disso, isso é muito grave, uma espécie de transinstitucionalização.

Ainda sobre a produção de cuidado em desinstitucionalização nos Caps, suas características específicas e o cotidiano dos serviços, os trabalhadores afirmaram que os problemas decorrentes da responsabilização dos serviços pelos usuários cria uma distribuição de encaminhamentos entre os dispositivos da Raps, sem que o usuário consiga se referenciar a um serviço. Tal realidade decorre da dificuldade da implicação dos serviços nos encaminhamentos, ainda que não possam referenciar o usuário imediatamente. É possível localizar, não obstante, ações concretas que promovem interlocução entre os dispositivos.

Conforme definições do Ministério da Saúde (Brasil, 2013, p.18), o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Esse modo de funcionamento presume uma escuta com responsabilização e resolutividade, além de oferecer ao usuário e à família uma continuidade da assistência em outros serviços, o que requer o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Responsabilizar-se pela resposta ao usuário ativa uma ação em rede multidisciplinar de compromisso com essa resolução. Assim, o acolhimento em rede deixa de ser um ato isolado para ser um dispositivo de acionamento de redes internas, externas e multidisciplinares (Brasil, 2010).

Esse modo preconizado de acolhimento, corresponsabilização pela referência do usuário ao serviço de destino e implicação no processo de cuidado marca uma importante diferença entre as práticas de humanização, as diretrizes do Sistema Único de Saúde e dos serviços e equipamentos em saúde (que estão articulados em rede a fim de garantir a integralidade do cuidado e da atenção) e aquele encaminhamento que, muitas vezes, é desprovido de corresponsabilização, citado ao longo dos grupos focais.

Assim, os procedimentos tornam-se burocráticos, pois ocorrem de maneira rígida, sem flexibilização e dificultam o acesso do usuário aos serviços (Quinderé, Jorge e Franco, 2014). Além disso, esse processo torna-se fragilizado pela falta de relacionamento entre os serviços e a comunicação, pela descontinuidade do cuidado e pela transferência de responsabilidade de um serviço para o outro (Costa et. al, 2015). Em vez disso, a noção de corresponsabilização é desejável. A responsabilidade do cuidado partilhada por mais de um serviço e seus diversos atores, numa relação de parceria, representa a tomada de responsabilidade do serviço pelo território, que significa a implicação no cuidado e pode ser expressa como “tudo o que diz respeito a este sujeito me importa, me diz respeito diretamente”.(Teixeira, 2004, p. 108). O cuidado, nessa perspectiva, busca evitar a lógica compartimentalizada, com a divisão do cuidado segundo especialidades e discursos e serviços com diferentes atribuições, que leva as pessoas a circularem de instituição em instituição para o atendimento de suas necessidades

Os trabalhadores referiram que alguns dos Caps teceram parceria com o hospital de referência que contava com cinquenta leitos para internação e atenção à crise. De modo geral, nota-se que o acolhimento às crises nos serviços da Raps da Grande Vitória depende, ainda, da internação em hospital especializado.

Desde 2001 que começamos a discutir a questão da intersetorialidade, agora a questão da Raps, então nós não podemos cuidar dessas pessoas nessa situação de fragilidade, seja de transtorno mental ou álcool e outras drogas sem a rede e a rede precisa pensar nesse processo da desinstitucionalização.

Tomando em consideração que no cuidado em saúde mental é preciso sustentar o ‘direito de asilo’ ao usuário (Dell’Acqua e Mezzina, 1988) – ou seja, a possibilidade de distanciamento, proteção, suporte, continência, atenção intensiva no momento em que o usuário dele necessitar –, é um dever ético e sanitário dos trabalhadores e do poder público oferecer um dispositivo de hospitalidade 24h que garanta esse direito (Nicácio e Campos, 2004).

No entanto, uma vez que o estado do Espírito Santo conta com a presença de apenas um Caps III e um Caps ad III e inexistem leitos de internação em hospitais gerais, é o hospital-referência à crise que absorve toda a demanda de acolhimento diurno-noturno e de onde são emanadas diversas das ações de cuidado na Raps da Grande Vitória. A equipe desse hospital, por sua vez, busca alinhar suas condutas ao processo de desinstitucionalização, promovendo importantes parcerias com os Caps e buscando diminuir a reincidência das internações:

A gente pensa diferente já, no sentido da inserção, da reabilitação, trazer um outro lugar pra esse sujeito, autonomia, protagonismo, a reabilitação...

Muitos casos a gente acolhe pensando mesmo no cuidado ao usuário, e para evitar essa reinternação.

Nos trechos a seguir, inferimos que a postura do profissional nos serviços, ainda permeada por estigmatizações em torno das pessoas que fazem o uso de substâncias psicoativas, contribui, também, para a internação psiquiátrica, segundo os trabalhadores participantes:

Se você bebeu ou usou droga, é atendido com desrespeito; quer dizer, e a gente tinha isso lá no Caps, funcionário que achava que o camarada é um vagabundo.

Não se pode ter um Caps assim totalmente burocrático, ele não vai funcionar. Mas já tivemos profissional que tem muito preconceito contra pessoas drogadas, adictos, a gente vê isso, fora e na rede.

Apesar das dificuldades quanto ao aumento do número de internações compulsórias, sobretudo das pessoas que fazem o uso abusivo de substâncias psicoativas, a percepção dos participantes é a de que a internação faz parte do tratamento, seja para fins de desintoxicação, atenção à crise, seja em situações em que o usuário põe em risco a própria vida ou a de terceiros.

Em relação às internações compulsórias que permearam os discursos dos participantes no ano de 2017 com preocupação acerca do cenário que vivenciavam, considera-se um prenúncio de importantes mudanças no contexto da atenção psicossocial. A lei n. 13.840, de junho de 2019, autoriza a internação involuntária das pessoas que fazem o uso abusivo de substâncias psicoativas sem o seu consentimento, mas com o aval de familiares e cuidadores, e na falta destes, de servidores públicos da área da saúde, da assistência social ou de órgãos que integrem o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (Sisnad). Consta, também, na referida lei, a possibilidade de internação em Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, nas quais, após o prazo de 90 dias, a pessoa deve manifestar por escrito o seu desejo de permanecer de forma voluntária (Brasil, 2019a).

Diante disso, infere-se que não há garantia de que apenas as pessoas que fazem o uso de substâncias psicoativas sejam institucionalizadas, mas também aquelas com algum tipo de sofrimento psíquico intenso. Ainda, profissionais motivados pelos estigmas e a favor da abstinência como uma direção moral do tratamento, pautada nos valores da justiça e da psiquiatria – e não do cuidado que provê a cidadania, a cogestão e o cuidado de si (Passos e Souza, 2011) – podem facilitar as internações de longa duração.

O cenário retratado pelos participantes sugere ser prenúncio da Nova Política Nacional de Saúde Mental e das Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, explicada pela Nota Técnica n. 11/2019. Esse documento afirma o investimento em Comunidades Terapêuticas, o incentivo ao uso de aparelhos de eletroconvulsoterapia e o incentivo a maiores recursos para os hospitais psiquiátricos e representam, assim, o desmonte e retrocesso no processo de desinstitucionalização que vinha ocorrendo no país desde a Reforma Psiquiátrica, com todos os avanços e desafios inerentes à qualquer mudança de modelo de atenção.

Os trabalhadores pontuaram, ainda, que o cuidado no Caps deve ser orientado pela concepção de humanização no acolhimento do usuário, apontando que tal direção torna o serviço menos burocrático e preconceituoso.

Eu acho que depende muito do profissional. Porque lá no Caps temos um caso de transtorno gravíssimo, faz uso abusivo não só de álcool, e graças à trabalhadora que bancou (o atendimento) com a equipe anterior, porque as pessoas não queriam atender, queriam que ele não entrasse no Caps.

Entendem também que, diante dos casos graves, mesmo quando há resistências da equipe em relação aos usuários, é a sustentação de sua necessidade por parte de algum trabalhador que viabiliza a promoção de uma estratégia de cuidado.

Observamos que o processo de desinstitucionalização iniciado nos Caps é limitado pela dificuldade de articulação com a rede de saúde; no entanto, compreendemos como importante papel na desinstitucionalização o incentivo ao fortalecimento e ao aumento da rede social das pessoas. A centralidade ainda na internação psiquiátrica, além da ausência de investimento político e financeiro em estruturas substitutivas a esse modo de funcionamento, como os Caps III e leitos em hospitais gerais, é, também, cultural e técnico-prática, tornando-se um desafio importante que se faz fortemente presente em toda a análise neste estudo.

Processo de desinstitucionalização a partir dos Serviços Residenciais Terapêuticos

Foram sinalizadas pelos participantes do estudo diferenças administrativas no que tange à articulação do cuidado entre SRT e serviços da rede de saúde quando se trata de SRT sob gestão estadual ou sob gestão municipal:

Eu acho que é importante pontuar: temos a residência municipal e outras estaduais. Essa questão de gestão influencia muito no funcionamento dessas residências, primeiro que elas deveriam ser todas municipais, porque sendo estadual você já cria uma distância com a esfera de decisão.

Se fossem municipais pra que essa proximidade, esse tipo de articulação com a rede se desse da forma como tá ocorrendo em [município]. As estaduais, a gestão influencia diretamente nisso, de coisas que são cotidianas, mas aí você vai abordar uma pessoa que tá lá na esfera de decisão que não tá no cotidiano.

A SRT sob gestão municipal parece apresentar uma relação mais próxima com os serviços. Além disso, se fez presente nas falas uma importante denúncia quanto ao sentido do morar, atravessada pela forma de gestão das residências:

Eu fico decepcionada, toda vez que eu vou lá, eu me sinto muito triste. É assim, de paciente falar que tá sequestrado; paciente falar que é melhor ele voltar pro manicômio do que ficar ali. Eles não têm autonomia, não é incentivado pela RT a saída, o explorar o território, ir na padaria.

Assim, o grupo enfatizou fortemente a importância e a necessidade de aprimoramento da fiscalização dos serviços prestados pela Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP¹) que, atualmente, administra a maioria das Residências Terapêuticas da Grande Vitória, a partir da Comissão de Fiscalização dos SRTs:

A comissão de fiscalização se encontra todo mês. Eu participo às vezes, e aí eu levo sempre os problemas. Só que, assim, é isso: eles sabem. Não é como se eles não soubessem.

Diante dessa problematização, os participantes sinalizaram alguns sentidos e atravessamentos que colocam em xeque as Residências Terapêuticas como espaços efetivamente produtores de cuidado e moradia:

As residências, duas delas a gente faz a visita mensal, algumas são minimanicômios, sem dúvida, minimanicômios.

Os participantes apontaram a estrutura precária de algumas casas e a falta de mobiliário e de utensílios básicos comuns em qualquer residência. Nesse sentido, discutiu-se no grupo o sentido do morar em um SRT, que deve funcionar como espaço de moradia, diferente de um serviço. Essa apropriação do SRT como lar deve ser constantemente trabalhada, não apenas com os moradores, mas, também, entre os profissionais dos serviços e com a comunidade:

E também eu acho que surgem várias discussões nessa interface da rede do que seria morar, do que seria ocupar esse espaço. Porque querendo ou não é uma instituição. E que a gente tem uma ligação com a rede com uma responsabilidade enquanto serviço, tanto os Caps e outros serviços que acompanham, quanto a própria RT enquanto instituição.

Como afirmam Amorim e Dimenstein (2009, p. 197), uma vez que se caracterizam

como serviços que devem ser 'prioritariamente' locais de moradia e não de tratamento, ficando este sob a responsabilidade dos outros serviços substitutivos da rede, os SRT produzem questionamentos ao modo de funcionamento da mesma, assim como apontam desafios nos processos de produção de saúde que se desenvolvem diretamente nele ou a partir dele.

Essa discussão nos remete à noção desenhada por Baptista (2005, apud Amorim e Dimenstein 2009) de uma 'clínica do morar', que provoca pensar o SRT como espaço essencialmente problematizador e que questiona as formas de se fazer saúde e cuidado, bem como as teorias tradicionais do campo psicológico e psiquiátrico. Essa noção também leva à reflexão sobre a apropriação do espaço como lar e a circulação afetiva pela cidade, ao trazer o desafio de criar novas estratégias de cuidado não aliadas à lógica manicomial.

Houve, ainda, discussões sobre o aspecto tanto da consolidação como da implantação e expansão da rede já existente. Se por um lado observamos a necessidade de expansão da rede para a garantia de direitos dos usuários, por outro, denuncia que as internações de longa permanência para a garantia de direitos dos usuários, por outro, denuncia que as internações de longa permanência (dois anos ininterruptos ou mais) persistem e que a institucionalização das pessoas com sofrimentos psíquicos cronifica a fragilização de seus laços familiares. A renovação constante da demanda de inserção de novos moradores em SRT constitui-se, assim, como dado importante sobre a necessidade ainda premente de se efetivar o cuidado na lógica da atenção psicossocial.

No que concerne à criação de estratégias no cotidiano, observou-se que a aproximação entre cuidadores e moradores (inclusive acompanhando-os em atividades no território) possibilita a quebra de preconceito e a possibilidade de manejo dos casos. Em algumas ocasiões, percebe-se que processos burocráticos, como, por exemplo, o impedimento dos estagiários saírem com os moradores, comprometem a produção do cuidado. Os trabalhadores possuem uma clareza do problema colocado entre o cuidado e a tutela, afirmando que é apenas a sutileza e a especificidade de cada caso que nos autorizam a sustentar uma posição de cuidado.

Lá em [município] tem duas casas que a gente pode afirmar que os cuidadores têm perfil. Por conta própria, quando têm condições, eles vão ao shopping, na pracinha comer um lanche com os moradores: eles têm vontade. Às vezes a pessoa poderia dizer 'não é minha obrigação, minha carteira não é assinada pra isso', mas tem cuidador que têm vontade de fazer com eles...

A garantia de espaços que se distanciam de práticas asilares, estabelecendo desse modo relações com a cidade, está estritamente relacionada com a concepção de que o cuidar só se manifesta nas relações que estabelecemos. É a partir dessas relações que há a possibilidade de que ocorra a instalação de atitudes de preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro (Boff, 1999). Os SRTs são espaços com finalidade de moradia e necessitam da produção de cuidado, o que quer dizer uma intensificação e enriquecimento com as articulações territoriais, ampliação da rede de apoio, vínculos sociais e afetivos. A desinstitucionalização, como desconstrução da lógica e das 'práticas instituídas' (Lourrau, 1993) é o que torna possível e potente a construção de cuidado em saúde mental. Primeiramente, isso diz da superação dos aparatos manicomial, pois implica ampliação de redes.

Referenciando Lourrau (1993, p. 12), isso pode ser exemplificado pela instituição manicomial – e instituição, nesse caso, não é apenas o espaço físico – mas todo processo de institucionalização e “luta permanente, em constante contradição com as forças de autodissolução”. O movimento ou força de autodissolução está sempre presente na instituição, embora esta possa ter a aparência permanente e sólida (Lourrau, 1993).

Considerações finais

A desinstitucionalização como movimento primordial da Reforma Psiquiátrica que aparece nas análises dos grupos focais tem um sentido complexo, com muitos atravessamentos que afetam e influenciam tal processo.

A condução dos grupos focais possibilitou traçar um panorama geral sobre as práticas do processo de desinstitucionalização em quatro cidades que compõem a Grande Vitória. Os resultados desta pesquisa, entre muitos fatores, apresentaram uma rede fragilizada, o que ocorre, em certa medida, devido ao sucateamento e falta de investimento no âmbito da saúde mental. Além disso, a 'falta de rede', como os trabalhadores evidenciam, parece contribuir para a manutenção da lógica e cultura de internação compulsória no Estado, tendo em vista que o hospital de internação é tido, para os trabalhadores, como um ponto fundamental de garantia de atenção à crise. Nota-se que, nos grupos focais com a temática desinstitucionalização, muito foi dito sobre as práticas institucionalizantes. Os trabalhadores sinalizam a dificuldade em dar alta do serviço ao usuário, pois há o receio de que este fique desassistido, devido à falta de outros serviços e pontos de apoio na Raps da região metropolitana.

Apesar da diferença de configuração da rede de atenção à saúde dos diferentes municípios participantes, os desafios e impasses para a desinstitucionalização, tanto para os Caps quanto para as SRTs, como descrito ao longo do artigo, assemelham-se em muitos aspectos e parecem influenciar o processo de trabalho como um todo.

Apesar das dificuldades estruturais da rede, há o engajamento de muitos desses profissionais nos processos de trabalho, na busca ativa em participação das pesquisas, grupos de trabalhadores, palestras e seminários que buscam pelo aprofundamento de conhecimento e melhoria das práticas. Essa participação dos trabalhadores vinculados à universidade, sobretudo, demonstra seu interesse em dar continuidade ao processo de qualificação da Raps e das próprias práticas de trabalho na atenção psicossocial.

Sob a ameaça de retorno dos hospitais psiquiátricos e tratamento por eletrochoque, conforme preconizado na nota técnica n. 11/2019, publicada em 04 de fevereiro 2019 pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde (Brasil, 2019b), ressaltamos a importância de resistência na luta pela garantia da Reforma Psiquiátrica, um processo que não está concluído, mas que vinha se afirmando. Essa publicação representa um grave retrocesso e vai de encontro à política vigente, mostrando que a Reforma Psiquiátrica Brasileira ainda é um processo que precisa ser sustentado mediante o engajamento dos sujeitos, usuários, trabalhadores e pesquisadores. Essa mobilização coletiva poderá garantir o direito de tratamento em liberdade, na ampliação e ocupação

dos espaços sociais, na melhoria e investimento nos equipamentos da Raps e, desse modo, assegurar o processo de desinstitucionalização.

O trabalho de resistência, problematização e mudança nas práticas de trabalho, frente ao retrocesso das políticas públicas em saúde é o que permite a ‘autodissolução’ desses processos instituídos e pode potencializar a construção de movimentos instituintes e dinâmicos representados pela possibilidade de ampliação de redes. Essas práticas tornam-se modos de resistência frente ao conjunto de saberes sociais, legislativos, jurídicos e científicos que fundamentam o lugar de isolamento, internação e patologização da loucura como experiência humana.

Nesse sentido, é de fundamental importância ampliar os espaços de reflexão acerca das práticas de cuidado desinstitucionalizantes e disparar questionamentos sobre como vem ocorrendo esse processo na Raps. Consequentemente, é preciso envolver os equipamentos de saúde que são designados por lei para fomentar esse processo (no caso desta pesquisa, os Caps e SRTs), além de ressignificar os ‘manicômios mentais’ que nos atravessam e, portanto, pensar sobre as estratégias que estão sendo utilizadas para garantir a desinstitucionalização com esses sujeitos.

Nota

¹ Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público: serviço terceirizado que assume a gestão das residências terapêuticas no estado sob contratação da secretaria de saúde.

Informações do artigo
<p>Contribuição dos autores</p> <p>Coordenação do projeto de pesquisa, definição e delineamento do estudo: AL</p> <p>Coleta, análise e discussão dos dados; redação do manuscrito e revisão da versão final: AL e AMB</p>
<p>Financiamento</p> <p>Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo - FAPES/CNPq/Decit-SCTIE-MS/SESA Nº 05/2015. PPSUS. Termo de Outorga: 288/2016.</p>
<p>Conflito de interesses</p> <p>Não há.</p>

Referências

AMORIM, Ana K. A.; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.195-204, 2009.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.

BATISTA, Alana M. *Narrações, encontros, criações com territórios existenciais: artesanias de cuidado por práticas desinstitucionalizantes*. 2019. 146f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Programa de Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 05 mar 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências Terapêuticas: para quem precisa de cuidado em saúde mental, o melhor é viver em sociedade. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios*. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Lei n. 13.840, de 05 de junho de 2019. Brasília, DF. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Nota técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Brasília, DF. 04 fev. 2019b. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wr-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

BEZERRA JUNIOR, Benilton. O normal e o patológico: uma discussão atual. In: NAVARRO, Alicia S.; PITANGUY, Jacqueline. (orgs). *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 91-111.

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: a ética do humano – Compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

COSTA, Pedro H. A. et al. Sistema de referência e de contrarreferência na rede de atenção aos usuários de drogas: contribuições da análise de redes sociais. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2015, p. 245-252.

DELL'ACQUA, Giuseppe; MEZZINA, Roberto. Resposta à crise. In: DELGADO, Jaques. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Ed. Autor, 1991. p. 53-79.

DIMENSTEIN, Magda; LIBERATO, Mariana T. C. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, v. 1, n. 1, 2009.

GOLDBERG, Jairo. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Editora: Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Te corá, p.153-168, 1994.

LEAL, Erotildes M.; DELGADO, Pedro G. G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007, v., p. 137-154.

LIBERATO, Mariana T. C. *A dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica: articulando redes para consolidação da estratégia de atenção psicossocial*. 2011. 201f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

LOURRAU, René. *Análise institucional e práticas de pesquisa*. René Lourrau na UERJ. Petrópolis: Editora Vozes, 1993.

NICÁCIO, Fernanda; CAMPOS, Gastão W. S. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 71-81, 2004.

PASSOS, Eduardo H.; SOUZA, Tadeu P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia e Sociedade* [online]. 2011, v.23, n. 1, p.154-162. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822011000100017&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 07 dez. 2019.

PELBART, Peter P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: Lancetti A, (org.). Saúdeloucura. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 131-138.

QUINDERÉ, Paulo H. D.; JORGE, Maria S. B.; FRANCO, Túlio B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2014, p.253-271.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. Desinstitucionalização: uma outra via. In: NICÁCIO, Maria F. S. (org.). *Desinstitucionalização*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

SARACENO, Benedetto. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Cora, 1999.

TEIXEIRA, Manoel O. L. Da tomada de responsabilidade como eixo de trabalho e suas repercussões: o profissional na atenção psicossocial. *Academus Revista Científica da Saúde*, v. 3, n. 4, p. 108-112, 2004.

TRAD, Leny A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013.9>