

REFORMA PSIQUIÁTRICA: CAMINHOS E DESAFIOS NO CUIDADO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Data de aceite: 01/11/2023

Juliana Pessoa Costa

RESUMO: As mudanças que vem ocorrendo nas políticas de saúde mental (SM) proporcionam contínuos desafios na solidificação da Reforma Psiquiátrica (RP) e suas mudanças mostram um grande retrocesso na produção do cuidado e na consolidação de novas portarias que surgem na contramão do que foi preconizado e construído ao longo do tempo. Esta pesquisa objetivou analisar as percepções dos profissionais da saúde mental sobre os desafios da Reforma Psiquiátrica (RP) na conjuntura atual. Participaram da pesquisa 10 profissionais de saúde que atuavam no Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e Centro de Atenção Psicossocial (Caps AD), da cidade de Fortaleza- CE. Foram realizadas entrevista semiestruturada com os participantes e os conteúdos apreendidos foram analisados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados evidenciaram que os participantes evocam o desejo de mudança no que se refere ao cuidado do sujeito com transtorno mental. Demonstraram também o interesse em lutar pela eliminação dos manicômios e

questionam a relação paradoxal entre a atenção psicossocial e o serviço hospitalar psiquiátrico.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental. Serviços de saúde mental. Política de saúde.

PSYCHIATRIC REFORM: PATHWAYS AND CHALLENGES IN PSYCHOSOCIAL CARE

ABSTRACT : As the intense changes that have been accompanying the Brazilian public policy of Mental Health (SM) offer continuous challenges in the solidification of the Psychiatric Reform (PR) and its changes, showing a great setback in the production of care and in the consolidation of new ordinances that arise against what was advocated and built over time. This research aimed to analyze the perceptions of mental health professionals about the challenges of psychiatric reform (PR) in the current situation. Participated in the research 10 health professionals who worked at the Psychosocial Care Center (Caps) and Psychosocial Care Center (Caps AD), in the city of Fortaleza-CE. Semi-structured interviews were collected with the participants and the learned contents were

formed through Bardin's Content Analysis. The results showed that the participants evoke the desire for change with regard to the care of the subject with mental disorder. They also showed an interest in fighting for the elimination of asylums and questioned the paradoxical relationship between psychosocial care and psychiatric hospital service.

KEYWORDS: Mental health. Mental health services. Health policy.

1 | INTRODUÇÃO

Encontramos diversas mudanças que proporcionam grandes desafios na solidificação das políticas públicas de saúde mental (SM), como podemos analisar o contexto atual da Reforma Psiquiátrica (RP) e suas mudanças que mostram um grande retrocesso na produção do cuidado e na consolidação de novas portarias que surgem na contramão do que foi preconizado e construído ao longo do tempo. Segundo Amarante (2003) as transformações têm como seu principal objetivo garantir a perpetuação do modelo manicomial, transfigurando as novas formas de cuidado e potencializando o hospital psiquiátrico e a comunidade terapêutica.

Com isso, é imprescindível observar que o Sistema Único de Saúde (SUS) e a RP passam por transformações. Na saúde mental, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou a resolução em dezembro de 2017 que resgata o modelo manicomial e o processo de desmontagem da luta política construída ao longo de décadas no âmbito da RP brasileira. Notadamente, após longos anos de luta pela implantação da Reforma Psiquiátrica, acompanhamos a divulgação da nota técnica nº 11/2019, intitulada como "Nova Saúde Mental", que foi elaborada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Esse documento é visto como uma forma de retrocesso nas conquistas estabelecidas pela lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216 de 2001). Em 2011, impulsionada pela institucionalização do formato organizativo das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a assistência em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser configurada em Rede de Atenção Psicossocial (Raps) com a promulgação da Portaria nº 3.080/2011 (BRASIL,2017).

A Raps se organiza em sete componentes – Atenção Básica, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção Hospitalar, Atenção à Urgência e Emergência, Atenção Residencial Transitória, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial –, nos quais estão dispostos serviços como as Unidades de Saúde da Família (USF), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os leitos hospitalares de atenção integral e outros (ALBUQUERQUE E VIANA, 2015). Dessa forma, Rocha et.al. (2021) define as RAS como: Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Deste modo, é necessário debater sobre as formas de cuidado em SM, tendo como desafio central garantir que pessoas com transtornos

mentais possam ser cuidadas de maneira integral e de forma resolutiva na Raps.

Com efeito, urge se discutir a produção do cuidado em saúde mental, e suas mudanças recentes no campo da prática e de suas políticas públicas, acerca da forma que elas estão estruturadas, da finalidade a que se prestam e do alcance dimensional de suas ações. Diante desse cenário, o objeto deste estudo mostra-se relevante para analisar as percepções dos profissionais da saúde mental sobre os desafios da Reforma Psiquiátrica (RP) na conjuntura atual, questionando-se sobre quais pensamentos, opiniões, crenças, estereótipos, atitudes e (pre)conceitos que os grupos de profissionais de saúde mental possuem sobre a Reforma Psiquiátrica.

2 | MÉTODO

Optou-se pela abordagem qualitativa, que busca entender o universo de significados, valores e crenças, os quais não podem ser quantificados, e onde as relações entre os indivíduos não podem ser reduzidas à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2008).

O lócus da investigação foi a rede de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) na cidade de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, precisamente a Raps da Secretaria Executiva Regional V (SER V), que comporta a seguinte configuração de rede: Atenção Primária à Saúde (Uaps), Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e *Serviço Residencial Terapêutico (SRT)*. Os participantes da pesquisa foram constituídos por 10 profissionais da atenção psicossocial. Para a análise dos resultados, foram utilizados os discursos de psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e terapeutas ocupacionais. Como critérios de inclusão dos participantes, definiu-se: profissionais de saúde com nível superior atuantes na Raps há, pelo menos, um ano. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que estavam de férias ou licença no período de coleta das informações. Esses profissionais foram abordados no serviço ao qual estavam vinculados, respondendo à entrevista semiestruturada, com temas relacionados à Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos, cuidado em saúde mental, Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e a Nota Técnica 11/ 2019. As entrevistas foram gravadas com permissão dos participantes e tiveram duração média de 30 minutos. Os dados foram coletados no período de fevereiro a maio de 2015.

Antes da realização do trabalho de campo, o estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), recebendo parecer favorável sob nº 681.467. Os sujeitos tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual assinaram, autorizando sua participação na pesquisa, conforme as recomendações do Conselho Nacional de Saúde. Em síntese, os preceitos éticos foram respeitados, em consonância com o que determina a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, referente à pesquisa com seres humanos (Brasil, 2013).

Para organização das informações, os conteúdos apreendidos foram analisados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (2009) para a melhor compreensão da subjetividade dos participantes. Seguiram-se três etapas estabelecidas por Bardin (2009): pré-análise, exploração do material tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Para organizar os resultados, a análise do conteúdo foi dividida em duas categorias: “Desafios da Reforma Psiquiátrica: contexto sócio-histórico e desinstitucionalização” e “cuidado em saúde mental: a percepção do profissional”.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desafios da Reforma Psiquiátrica: contexto sócio-histórico e desinstitucionalização

O movimento a favor da saúde mental ganhou força no decorrer da participação dos agentes sociais que se apropriaram do espaço que antes era somente do corpo técnico da saúde mental, mostrando que essas conquistas foram concretizadas com a participação em debates, encontros e ações por uma sociedade menos excludente. Sousa (2017) relata que, no decorrer das lutas por modificações na saúde mental, os profissionais uniram-se com ideias de mudanças, reorganizando-se a reflexão da noção de loucura, do que é o padrão de normalidade e a construção do patológico. Essa discussão deixa a possibilidade de ressignificação social da loucura, sobretudo, apresenta os desafios das práticas assistenciais no campo da atenção psicossocial. Amarante (2018) esclarece que o Movimento da Luta Antimanicomial proporciona a ampliação de debates no contexto da práxis dos trabalhadores de S.M, é no dia 18 de Maio que se abre debates com o punho crítico sobre a violência institucional da psiquiatria e a exclusão das pessoas em sofrimento psíquico.

Compreende-se assim, que o movimento da Reforma Psiquiátrica apresenta um empoderamento no discurso dos profissionais e na sua prática ao longo do tempo, sendo visto, que as relações de poder do Estado e de suas novas Normas Técnicas trarão a modificação da práxis e da produção do cuidado em S.M. Os profissionais entrevistados afirmam a importância da Reforma Psiquiátrica no cuidado em saúde mental, conforme expressam a seguir:

Para mim, a Reforma Psiquiátrica veio acabar com os depósitos humanos, teve muitos médicos psiquiátricos contra a reforma, porque eles ganhavam dinheiro, os hospitais psiquiátricos como centralizador do cuidado é o extermínio da subjetividade do sujeito, eu vejo o hospital ainda como uma visão de lucro e acredito que nossos governantes não têm uma visão de ampliar a atenção psicossocial (Terapeuta Ocupacional, Caps AD).

Eu vejo a Reforma como um movimento criado pra modificar as formas de tratar os pacientes psiquiátricos olhando esses indivíduos em sua totalidade e não apenas o distúrbio mental (Enfermeira, Caps geral).

As verbalizações referentes a trajetória da Reforma Psiquiátrica aparecem como consenso na fala dos entrevistados, sendo compreendida como reflexão de um modelo que é gerador de um poder centrado no cuidado hospitalar, potencializado por novas mudanças ocorridas Normas Técnicas. Para Foucault (2014), o poder das instituições, no decorrer dos anos, proporcionou o controle dos comportamentos da sociedade afixando uma norma de comportamento “normal” e a noção de anormalidade para emoldurar os desviantes do modelo e adequá-los ao padrão ou excluí-los nas instituições de controle e correção. Para Paulo Amarante (2019) a RF deve que ser discutida e avaliada junto a nova nota técnica se apresenta como uma reflexão ampliada onde a política de saúde mental é apreendida por um conjunto de ações forjadas em contextos plurais, apresenta um momento amplo de debate com a práxis profissional e demais atores sociais.

Diante desse contexto, as lutas por mudanças no cuidado em saúde e a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) vem passando por momentos de desamparo governamental. O olhar do Estado volta-se para as formas de cuidado manicomial sendo gerador de um contexto modificador das práticas de cuidado. Dessa forma, é notório o desmonte que o SUS e a RP vem sofrendo como alvo de mudanças radicais e de importantes retrocessos. No campo da saúde mental, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou a resolução em dezembro de 2017 que praticamente resgata o modelo manicomial e dá início a um processo de desmontagem de todo o processo construído ao longo de décadas no âmbito da RP brasileira (CIT, 2017).

Diante das repercussões e possíveis mudanças nas formas de cuidado em saúde mental, a proposta do processo de desinstitucionalização é pensada como a quebra do olhar centralizador do manicômio e de suas práticas institucionais, perspectiva que fundamenta o movimento da Reforma Psiquiátrica e a política, conforme os depoimentos:

A desinstitucionalização deve acabar com os manicômios, aprisionamento e exclusão dessas pessoas, na prática a desinstitucionalização não existe, as pessoas são jogadas nas Residências Terapêuticas (RT) e nas Comunidades Terapêuticas (CT) não acredito que a saúde mental melhore nesse país, estou achando que o modelo manicomial vem com força, pois os serviços públicos estão sucateados e os privados estão começando a surgir (Assistente Social, Caps AD).

Na desinstitucionalização, a atenção em saúde mental deve ser feita por meio comunitário, por meio de equipe profissional, através de territorialização, uma rede de cuidados que o paciente tivesse autonomia, interação social, quebra de paradigmas, tirar o estigma das pessoas que tem doença mental e, também, de extinguir o modelo manicomial, de exclusão e com internações prolongadas (Psiquiatra, Caps geral).

Desse modo, a desinstitucionalização não deve está restrita apenas a novos serviços substitutivos comunitários, e sim possibilitar novas formas de cuidado, como sugere a Reforma Psiquiátrica, as transformações não estão apenas nas invalidações dos muros e no poder das instituições, deve-se repensar nas mudanças atitudinais dos profissionais de

saúde e permitir meios de proporcionar a reinserção social. Para Muniz, Tavares, Abrahão, Souza (2015) trocar os muros físicos do hospício não é satisfatório, e reformular a política não adiantaria, se isso não vier seguido de uma quebra no modo de apreender, cuidar e agir perante o cuidado em saúde mental.

A desconstrução dos manicômios físicos e simbólicos só serão possíveis quando houver reconstrução das relações sociais que potencialize a reabilitação psicossocial de forma efetiva. O 'manicômio' pode ser observado nas práticas do cuidado em saúde mental. Medicalizar, segregar, classificar e realizar o exercício do biopoder nas práticas profissionais trazem os desafios para a desinstitucionalização do indivíduo com transtornos mentais. Para Kinker (2017), desinstitucionalizar surge da necessidade de se produzir uma ruptura epistemológica na forma de lidar com a experiência do sofrimento e do poder das instituições totais, entendendo que a consternação vivida por usuários não pode ser silenciada. Ferreira; Sampaio, et. al (2017) acreditam que o processo de desinstitucionalização tem os serviços substitutivos como ferramenta para efetivar mudanças, mas para que ocorra a efetivação, novas formas de cuidado em saúde mental devem surgir para além de seus muros institucionais, permitindo que o indivíduo viva a cidade, sem o estigma de pertencer à uma instituição, e possa reconstruir a sua identidade social e traçar projetos de vida mais amplos, e não só vivenciar e reproduzir o sofrimento psíquico.

Cuidado em saúde mental: a percepção do profissional

O cuidado em saúde mental ganha força com o surgimento do processo de desinstitucionalização que propõe novos olhares nas práticas em saúde, proporcionando novas formas de produção de cuidado, rompendo com os modelos hospitalocêntrico e biomédico que ainda tormenta a atual conjuntura política na saúde mental (BARBOSA et. al., 2016). Desse modo, Amarante (2003) refere que a produção do cuidado ganha um novo formato com o surgimento da Reforma Psiquiátrica, a qual se configura como um processo social intrincado, que constituem mudanças significativas nas formas de cuidado em saúde mental e no contexto sociocultural, bem como mudanças nos aspectos jurídicos, proporcionando conquistas de direitos de pessoas com transtornos mentais, e implantação das tecnologias leves de forma efetiva. Diante de diversas mudanças ocorridas na conjuntura atual, Amarante (2019) explica que é difícil falar de desinstitucionalização, tecnologia leves em saúde mental e Raps quando se é propagado a defesa da eletroconvulsoterapia (ECT), sem a discussão de sua prática violenta e punitiva. Desinstitucionalizar é promover reinserção social, é também impedir reinternações repetidas e proporcionar serviços que favoreçam sua reintegração no seu território.

Portanto, Kinker (2017) afirma que o Caps como dispositivo que surgiu com a Reforma Psiquiátrica, apresenta uma forte configuração simbólica no cuidado em saúde mental, possibilitando a constituição de novas práticas, amparadas a partir do empenho, do compromisso e da responsabilização. Essas práticas pressupõem que cuidar da saúde

de uma pessoa é mais do que construir ou impor algo sobre ela, é torná-lo autônomo do seu próprio cuidado.

A equipe multiprofissional apresenta o Caps e a Raps como representação do cuidado em saúde mental, pois é na rede de saúde que os profissionais acreditam que possam ocorrer as mudanças necessárias para novas perspectivas na produção de novas práticas na atenção psicossocial. Entretanto, podem ser observados aspectos que precisam ser melhorados no Caps para que haja condições de um cuidado em saúde como preconiza a política. Segue os relatos dos profissionais abaixo:

Temos um Caps para uma regional muito ampla, você fica esmagado por uma demanda imensa que você não consegue fazer muita coisa, equipe insuficiente e muita rotatividade. Trazendo para o nosso Caps aqui, a gente faz uma tentativa de reforma, tenta realizar um cuidado diferente e humanizado (Enfermeira, Caps geral).

As pessoas que assumiram a gestão estão fora da realidade, a saúde mental está desassistida. O paciente não só precisa de medicamento, eles precisam de terapia ocupacional, psicólogo, psiquiatra, eles precisam de terapias, grupos. Enfim, a pessoa chega aqui não tem profissional pra atender a demanda. Os usuários estão sofrendo com o sucateamento, o governo não prioriza a saúde mental (Psicóloga, Caps geral).

No campo empírico, está evidente que a fragilidade no cuidado em saúde e a falta de resolubilidade da assistência, estão associadas a entraves como: precariedade do serviço, o número reduzido de Caps por regional, Raps fragilizada e falta de profissionais. Uma equipe multiprofissional incompleta revela a crise da situação de trabalho atual na saúde. Pode-se relacionar a dificuldade em manter completa a equipe de saúde mental, pela precariedade dos equipamentos existentes, da inadequação do espaço físico e dos materiais. Sousa (2017) acrescenta que os baixos salários, a falta de apoio dos gestores, o insuficiente reconhecimento social, o débil desenvolvimento da carreira, as diversas formas de contratos (sobretudo os informais), contribuem para a fragilidade de vínculos com o serviço e a alta rotatividade de profissionais.

Desse modo, para que se realize melhorias necessárias, deve-se repensar nas formas de contratações dos profissionais de nível superior. É notório que a seleção pública e a falta de direitos trabalhistas prejudicam a construção do vínculo com o serviço: equipes incompletas e rotatividade profissional é a realidade vivida na atenção psicossocial.

Em meio a esse cenário, os profissionais relatam que a figura do médico dentro da equipe multiprofissional ainda é reconhecida como hegemônica. Sob essa perspectiva, o papel do médico no cuidado em saúde mental não se distingue muito de suas funções realizadas em décadas passadas, pois eles continuam sendo os únicos responsáveis em diagnosticar, medicalizar, identificar os problemas de saúde, tendo total poder sobre o itinerário do cuidado em saúde mental, sendo observado pelos depoimentos:

O cuidado em saúde mental ainda é centralizado na figura do médico, se o médico faltar as pessoas acham que o serviço não funciona. Está faltando

médico, só aparece isso na mídia. As pessoas não valorizam o psicólogo, o T.O. e o assistente social (Assistente Social, Caps AD).

A figura e o poder do médico na construção do diagnóstico psiquiátrico têm impacto na construção da história de vida do indivíduo, isso é algo muito sério, pois pode ter aspectos positivos ou negativos nas suas relações sociais, laborais etc., o cuidado em diagnosticar deve ser reformulado. No DSM V todos teremos algum sintoma e necessitaríamos de acompanhamento psiquiátrico. A produção em massa do mercado farmacológico e o número de patologias quem vêm surgindo só mostra a valorização da figura central do médico nos serviços de saúde. Com toda a luta que temos, a medicalização é a terapêutica mais visada, onde a psicoterapia e os grupos terapêuticos são algo que não tem tanto valor no serviço. O Caps ainda tem uma visão ambulatorial, podemos observar isso nos retrocessos que estamos vivendo na política da saúde mental (Psicóloga, Caps geral).

Nas falas dos profissionais percebe-se que o poder da figura do médico ainda é bem frequente dentro do serviço de saúde, ressaltando que o diagnóstico psiquiátrico no tratamento em saúde mental ainda é determinante. Sem o diagnóstico, o indivíduo terá dificuldades em ser acompanhado pelo serviço. Para Barrantes, Violante, Graça, Amorim (2017), o médico psiquiatra torna-se o único profissional responsável em construir um diagnóstico, que é compreendido como um sistema classificatório, que identifica a doença mental a partir de categorias e catálogos psicopatológicos. As pessoas diagnosticadas, passam a ser classificadas em grupos que as diferenciam das demais, lidando com estigmas.

Coutinho (2005) contribui destacando que o estigma que o diagnóstico psiquiátrico produz pode ser percebido como uma construção social. Sendo assim, ao sair de um atendimento psiquiátrico, o sujeito não só receberá seu diagnóstico como também conhecerá o atributo que lhe conferirá a identificação social ao seu grupo de pertença. Kinker (2017) apresenta a necessidade de discussões sobre novas tecnologias no cuidado em saúde mental, dessa forma, os profissionais de saúde e gestores devem entender que a reabilitação psicossocial é a quebra de paradigmas da psiquiatria clássica que excluía e gerava desconstrução identitária de pessoas em sofrimento psíquico; a equipe multiprofissional tem o poder de atuação social na construção de futuras mudanças na prática do cuidado com fins de minimizar seus efeitos negativos e buscar um olhar mais humanizado no tratamento em saúde mental.

Diante de toda essa problemática, evidencia-se que as políticas públicas de saúde mental sempre tiveram dificuldades em sua implementação ao longo de sua trajetória, sendo observado que na visão dos profissionais de nível superior, os serviços estão sucateados e a forma de contratação potencializa a sua rotatividade. Além disso, as ações e serviços psicossociais estão sobre forte ameaça da indústria de leitos psiquiátricos e na produção da mercantilização do sofrimento psíquico. Nesse contexto, discutir cuidado em saúde mental é de extrema importância diante da gravidade do momento, devido a

divulgação da nota técnica nº 11/2019 intitulada como “Nova Saúde Mental”, documento visto como um grande retrocesso nas conquistas da Lei nº 10.216 de 2001 por financiar a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia. Diante desses acontecimentos, Amarante e Nunes (2018) consideram que o SUS e a Reforma Psiquiátrica vêm passando por grandes retrocessos. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), ao aprovar a resolução em dezembro de 2017, resgatou o modelo manicomial, dando força a um processo de desmonte de tudo o que foi construído ao longo das décadas, no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise das entrevistas as representações evocadas permitiram apreender nos discursos dos participantes os conteúdos significantes e intensos das representações sociais. Como resposta à categoria Reforma Psiquiátrica, os participantes ancoraram o desejo de mudança no que se refere ao cuidado do sujeito com transtorno mental. Demonstraram também o interesse em lutar pela eliminação dos manicômios, além de buscar mudar a concepção da identidade de loucura e normalidade, e do que é patológico para a sociedade atual. Pode-se verificar que a desinstitucionalização aparece como uma alternativa para a desconstrução do modelo asilar, abrindo possibilidades para novas formas de cuidado. É observado também, que os profissionais enfrentam precárias condições de trabalho, baixos salários, inadequação de espaço físico, falta de material, equipes incompletas, número de profissionais insuficiente para suprir a demanda e instabilidade de vínculo trabalhista. Em relação ao diagnóstico psiquiátrico, podemos observar nos discursos, que o médico apesar de todas as mudanças ainda, possui poder centralizado no seu discurso, sendo o profissional que diagnostica e organiza o itinerário terapêutico do usuário.

Diante do exposto, espera-se que os resultados contribuam para uma melhor compreensão da Reforma Psiquiátrica como processo de luta ainda presente na atual conjuntura, e possa sensibilizar para um olhar mais humanizado no que tange ao cuidado em saúde mental. Espera-se que este estudo sirva de motivação para outros pesquisadores buscarem novas perspectivas, utilizando de uma maior amplitude amostral e outros instrumentos que venham possibilitar maior visibilidade sobre a temática.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. *Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: EAD, 2003.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BARRANTES, F. J.; Violante, C., Graça, L. e Amorim, I. (2017) Programa de Luta conta o Estigma: resultados obtidos na formação nos profissionais da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [online]., n. spe5, pp.19-24. 2017.

BEZERRA, I. C.; Jorge, M. S. B.; Gondim, A. P. S.; Lima, L. L.; Vasconcelos, M. G. F. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(48), 61-74, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 31 dez. Seção 1, p. 88, 2010.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CARDOSO, M. R. O; OLIVEIRA, P. T. R. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 86-99, ABR-JUN, 2016.

COUTINHO, M P. L. *Depressão infantil e representação social*. 2 ed. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB, 2005.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT). Resolução ° 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabeleceu as Diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). *Diário Oficial da União* 2017.

FERREIRA, T.P.S; SAMPAIO, J; SOUZA, A.C.N; OLIVEIRA, D.L; GOMES, L.B. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface (Botucatu)*; 21(61):373-84, 2017.

FILHO, A. J. A.; FORTES, F. L. S.; QUEIRÓS, P. J. P.; PERES, M. A. A.; VIDINHA, T. S. S.; RODRIGUES, M. A. Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. *Revista de Enfermagem Referência*, SER IV (4), 117-125.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. 10 ed. São Paulo: Perspectiva, 2014.

KINKER, F.S. Um hospício em crise: imagens de uma experiência de desinstitucionalização, *Interface (Botucatu)* vol.21 no.60 Botucatu Jan./Mar. 2017

LAVRADOR, M.C.C.; RIBEIRO, W.L. As forças do Caps: uma experiência cartográfica. *Revista Psicologia e Saúde*. vol.7, n.2, pp. 91-98, 2015.

LOPES, M.M.F. *Trabalho e saúde mental: A inserção das pessoas com transtorno mental do Centro de Atenção Psicossocial de Rio das Ostras no mercado de trabalho*. Rio das Ostras, 2013.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2008.

MUNIZ, M. P; TAVARES, C. M. de M; ABRAHAO, A. L.; SOUZA, Â. C.A assistência de enfermagem em tempos de reforma psiquiátrica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [online]. n.13, pp.61-65, 2015.

PAIM, J. S. *Modelos de atenção e vigilância da saúde*. In: ROUQUAYROL, Z. M.; Almeida, N. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 567-586, 2003.

PITTA, A. M. F. *Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas*. Ciência & Saúde Coletiva, 2011.

REIS, B. M.; LIBERMAN, F.; CARVALHO, S. R. Das inquietações ao movimento: um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a clínica e uma dança. *Interface (Botucatu)*, v. 22, n. 64, p. 275-284, 2018.

SOUSA, P. F. Atitudes e Representações em Saúde Mental: Um Estudo com Universitários. *Psico-USF*, Itatiba, v. 21, n. 3, p. 527-538, 2016.

WEBER, C.A.T.; JURUENA, M.F. O olhar da família sobre o manejo de um hospital dia em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (17), 25-33. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Nº 17, 2017.

VIEIRA, S. de M; FREIRE, S. S. A. F. Tecnologias leves no cuidado na atenção psicossocial: entendimento e uso por profissionais na rede de saúde do município de Corumbá-MS. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 2595 2420, Florianópolis, v.13, n.34, p.01-14, 2021.