

O papel do CAPS I na vida de seus usuários: um estudo a partir dos itinerários terapêuticos

*The role of CAPS I in the lives of its users:
a study based on therapeutic itineraries*

*El papel del CAPS I en la vida de sus usuarios:
un estudio basado en itinerarios terapéuticos*

*Daisy Aparecida Alves Franco**

*Renata Fabiana Pegoraro***

Resumo

Este artigo buscou compreender, a partir do itinerário terapêutico de pessoas em sofrimento psíquico e egressas de internação psiquiátrica, a inserção do centro de atenção psicossocial como equipamento de cuidado em suas trajetórias. Trata-se de estudo inspirado na Epistemologia Qualitativa de Gonzalez Rey no qual foram realizadas entrevistas com seis pessoas, de 27 a 52 anos, em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial tipo 1, e para análise do material transcrito foram adotados procedimentos inspirados no conceito de indicadores de González Rey e na análise temática de conteúdo. Neste artigo, foram discutidas duas categorias: (1) “O manicômio está presente” e (2) “CAPS: espaço de convivência e substituto da vida social?”. Os indicadores apontaram que a internação psiquiátrica foi um recurso utilizado após inserção em CAPS, o qual é destacado mais como local de convívio do que de produção de autonomia e de desinstitucionalização. No percurso dos usuários, as internações ocorreram em hospitais gerais, hospitais especializados e comunidades terapêuticas. Os serviços de atenção primária não aparecem como ponto de cuidado à saúde mental, os serviços de urgência estão presentes na atenção às crises, dando ao CAPS contornos de um serviço para a convivência e não para o cuidado na crise.

* Universidade Federal de Uberlândia, MG, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-2412-3585>.
E-mail: daisy-franco@hotmail.com.

** Universidade Federal de Uberlândia, MG, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6052-5763>.
E-mail: rfpegoraro@yahoo.com.br

Palavras-chave: intervenção na crise; serviços de saúde mental; hospitalização psiquiátrica; Reforma Psiquiátrica; Rede de Atenção Psicossocial.

Abstract

Based on the therapeutic itinerary of individuals experiencing psychic distress and who have undergone psychiatric hospitalization, this study aimed to comprehend the integration of the Center of Psychosocial Attention as a care facility along their path. The study is inspired by Gonzalez Rey's Qualitative Epistemology, in which interviews were conducted with six individuals aged between 27 and 52, receiving treatment at a type 1 Center of Psychosocial Attention. Procedures inspired by González Rey's concept of indicators and thematic content analysis were employed to analyze the transcribed material. This paper will discuss two categories: (1) "The presence of the psychiatric hospital," and (2) "CAPS: A space for interaction and a substitute for social life?" The indicators reveal that psychiatric hospitalization was resorted to after involvement with CAPS, which is perceived more as a space for coexistence than for fostering autonomy and deinstitutionalization. As per the users' itineraries, hospitalizations occurred in general hospitals, specialized hospitals, and therapeutic communities. Primary care services do not emerge as a focal point for mental health care, whereas emergency services are present for crisis intervention, portraying CAPS as a service more geared towards coexistence rather than crisis management.

Keywords: crisis intervention; mental health services; psychiatric hospitalization; Psychiatric Reform; Psychosocial Care Network.

Resumen

Este artículo buscó comprender, a partir del itinerario terapéutico de las personas en distrés psicológico y las dadas de alta de hospitalización psiquiátrica, la inserción del centro de atención psicossocial como equipamiento de atención en sus trayectorias. Se trata de un estudio inspirado en la Epistemología Cualitativa de González Rey, en el que se realizaron entrevistas a seis personas, de 27 a 52 años, en tratamiento en un Centro de Atención Psicossocial tipo 1 y para el análisis del material transcrito, procedimientos inspirados por el concepto de indicadores de González Rey y el análisis de contenido temático. En este artículo se discutirán dos categorías: (1) "Está presente el asilo" y (2) ¿"CAPS: espacio de convivencia y sustituto de la vida social?". Los indicadores señalaron que la hospitalización psiquiátrica fue un recurso utilizado después de la inserción en CAPS, que se destaca más como un lugar de socialización que para producir autonomía y desinstitucionalización. En el curso de los usuarios, los ingresos se realizaron en hospitales generales, hospitales especializados y comunidades terapéuticas. Los servicios de atención primaria no aparecen

como un punto de atención en salud mental, los servicios de emergencia están presentes en la atención de crisis, dando al CAPS los contornos de un servicio de convivencia y no de atención en crisis.

Palabras clave: *Intervención de crisis; servicios de salud mental; hospitalización psiquiátrica; Reforma Psiquiátrica; Red de Atención Psicosocial.*

A abordagem dos itinerários terapêuticos pode oferecer visibilidade para mostrar opções de cuidado distintas daquelas ofertadas nos serviços de saúde, revelar práticas de cuidado de naturezas diversas e, assim, evidenciar o pluralismo terapêutico das intervenções que compõem o cuidado integral, ou seja, é uma abordagem que enriquece a aproximação com a realidade dos saberes e práticas em saúde na perspectiva do usuário. A origem do termo “itinerários terapêuticos” remonta à Antropologia da Saúde e ao conceito de modelos explicativos sobre enfermidades e sistemas de atenção acionados para cuidados à saúde, de autoria de Arthur Kleinman (Cabral et al., 2011). Podem integrar o itinerário terapêutico, além de cuidados realizados por profissionais de saúde, ações de caráter popular (cuidados caseiros e práticas de autocuidado) e o que Kleinman classificou como *folk*, e engloba ações místico-religiosas (Cabral et al., 2011) em busca da manutenção ou recuperação da saúde. Gerhardt, Burille e Müller (2016) esclarecem que, embora Kleinman proponha diferentes sistemas terapêuticos de acordo com as diferentes interpretações de doença e as diferentes práticas terapêuticas, não há um aprofundamento da experiência do adoecer relacionada ao contexto sociocultural no qual as pessoas estão inseridas e ao modo como esse contexto influencia nas respostas a um dado episódio de doença.

Alguns estudos sobre itinerários terapêuticos (Rodovalho & Pegoraro, 2020; Braga & Pegoraro, 2020), no campo da saúde mental, deram destaque às compreensões de familiares sobre o percurso por serviços ou à compreensão de familiares e usuários (Corrêa, Belatto, Araújo & Hiller, 2011; Reinaldo & Saeki, 2004). Não localizamos pesquisas sobre o itinerário terapêutico de pessoas que estão sob os cuidados de um ponto de atenção em saúde mental e que têm histórico de internação psiquiátrica, tal qual a proposta deste artigo.

No Brasil, a partir de 2001, com a aprovação da Lei 10.216, encerrou-se um longo período de internações de longa permanência no Brasil em manicômios dos mais diferentes portes. O artigo 4º, § 3º da lei não deixa dúvida: “é vedada a internação de pacientes com transtornos mentais em instituições com características asilares”. Continuaram possíveis as internações de curto prazo, desde que esgotados os recursos de cuidado territoriais, isto é, os serviços extra-hospitalares que realizam tratamento dos sujeitos sem a perda do vínculo sociofamiliar. No entanto, a “lei da saúde mental”, como é conhecida, não impediu a existência de internações irregulares de longo prazo, como práticas constatadas no processo de inspeção de hospitais psiquiátricos (Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Conselho Nacional do Ministério Público, & Ministério Público do Trabalho, 2020).

Estudo realizado em Salvador, Bahia, apontou predomínio de internações psiquiátricas por hospitais especializados; em 2017, a internação de pessoas do sexo masculino foi maior e havia uma prevalência de transtornos por uso de substâncias psicoativas, envolvendo cidadãos na faixa etária entre 30 a 34 anos (Santos, Sena & Aguiar, 2017). Relativamente às vivências das pessoas que já foram internadas e o que pensam sobre essa forma de tratamento, Ely et al. (2014), em pesquisa realizada com usuárias de um CAPS II do Estado do Rio Grande do Sul, concluíram que a internação psiquiátrica era marcada pela ambiguidade: compreendida como um recurso terapêutico, mas também significada como segregação social e punição a um comportamento (Ely et al., 2014).

A Portaria MS 3088, de 2011, estabelece que os hospitais gerais estão incluídos na Rede de Atenção Psicossocial, junto a outros equipamentos de saúde presentes no território, como as unidades básicas de saúde e os CAPS. Por fim, a Portaria MS 148, de 31 de janeiro de 2012, a partir da necessidade de ampliar o acesso ao tratamento hospitalar em hospitais gerais, define que o Serviço Hospitalar de Referência (SHR) é um ponto de atenção do Componente Atenção Hospitalar da RAPS, que deve observar várias diretrizes. Dentre elas: articulação com os outros pontos da RAPS; potencialização das ações de matriciamento; corresponsabilidade pelos casos e garantia de continuidade do cuidado, com a função precípua de

preservação da vida das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O projeto técnico do SHR deve especificar que as internações são de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário; que a estratégia da redução de danos norteará o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e que o SHR deve criar mecanismos de interação com outros setores do hospital geral, como, por exemplo, a interconsulta (Ferreira, Marins, Moraes & Lopes, 2012).

Estudo realizado por Lara e Volpe (2019) analisou a evolução do perfil das internações psiquiátricas pelo SUS em hospitais psiquiátricos especializados do Estado de Minas Gerais, entre 2001 e 2013, indicando 202.188 internações realizadas em 25 hospitais (22 de natureza jurídica privada, dos quais 10 foram fechados ou descredenciados durante o período de 13 anos abrangidos pelo estudo), tempo mediano de internação de 30 dias (sendo maior quando o hospital era privado) e elevação da proporção das internações por transtornos ligados ao uso de substâncias e redução daquelas ocasionadas por transtornos psicóticos (exceto nos hospitais privados, onde os transtornos psicóticos se mantiveram prevalentes).

Sousa e Jorge (2019) percebem dois projetos em disputa na Reforma Psiquiátrica Brasileira. O primeiro é fiel à perspectiva radical da Luta Antimanicomial e ao lema “por uma sociedade sem manicômios”, no qual a internação é gradualmente, mas completamente substituída e os manicômios extintos, na medida da capacidade da RAPS, em especial, do CAPS, de dar atenção resolutiva à crise. O segundo projeto diz respeito a uma reforma que nutre simpatia pelos interesses do neoliberalismo e do grande capital. Essa reforma “vem sendo implantada, principalmente, por meio de parcerias público-privadas, seja com organizações não governamentais, organizações sociais, fundações etc.” (p. 6) nas quais a defesa dos direitos humanos se restringe ao plano formal.

Quanto à literatura sobre pessoas egressas de internação psiquiátrica, um estudo investigado aponta que, dentre 96 pessoas, 35 estavam internadas pela primeira vez e dentre essas, apenas 45,7% tinham vínculo com algum serviço de saúde. Portanto, mais de 50% dos usuários com primeira internação utilizaram o hospital Hospital Geral de Porto Alegre como porta de entrada para o cuidado em saúde mental, o que destaca o impacto do

hospital como articulador da rede e serviço estratégico para o modelo que seria baseado na atenção psicossocial (Zanardo, Silveira, Rocha & Rocha, 2017). A pesquisa de Sousa e Oliveira (2010) apontou que 70% das pessoas com uso prejudicial de álcool e outras drogas, dentre os 203 que estiveram em unidade de internação psiquiátrica do Hospital Geral de Sobral – CE, foram encaminhados ao CAPS ad após alta. Portanto, a literatura aponta que as internações psiquiátricas ainda fazem parte da trajetória de vida de muitos usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria MS 3088/2011, que estabelece a necessidade de articulação entre os diferentes pontos de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico. Por meio da RAPS, não apenas os hospitais com leitos em psiquiatria e os Centros de Atenção Psicossocial são os equipamentos de saúde mental responsáveis pela atenção à pessoa em sofrimento psíquico. Serviços como a unidade básica de saúde, os centros de convivência e os serviços residenciais terapêuticos são parte dos recursos que podem ser acionados para os cuidados em saúde mental. Diferentes modalidades de cuidado (da atenção primária à desinstitucionalização) podem contemplar as singularidades de cada trajetória pessoal, articulando, assim, ao cuidado em saúde mental os princípios sobre a equidade e a integralidade, que norteiam o próprio Sistema Único de Saúde (SUS).

Por compreendermos a importância de ouvir os próprios usuários sobre a construção de cuidados, destacamos como problema de pesquisa: “De que modo os Centros de Atenção Psicossocial surgem no itinerário terapêutico de pessoas *egressas de internação psiquiátrica*?” A partir do problema de pesquisa foi estabelecido como objetivo deste artigo compreender, a partir do itinerário terapêutico de pessoas em sofrimento psíquico e egressas de internação psiquiátrica, a inserção do Centro de Atenção Psicossocial como equipamento de cuidado em suas trajetórias.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Participaram desta pesquisa, baseada na epistemologia qualitativa (Gonzalez Rey, 2002), seis pessoas adultas vinculadas a um Centro de Atenção Psicossocial tipo I em funcionamento no interior de Minas Gerais.

Foi utilizado um roteiro de entrevista que investigou dados de caracterização (idade, sexo, com quem residia, ocupação, número de filhos) e o percurso de cada uma pela rede de saúde, por meio de questões temáticas que investigaram: (1) a trajetória por serviços de saúde mental, (2) a experiência da internação psiquiátrica, (3) a experiência de tratamento em CAPS, (4) Recursos de cuidado formal fora do setor saúde, (5) Recursos de cuidado informal e (6) O que considerava relevante para ter saúde mental.

Após aprovação do protocolo por Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos [CAAE: 13660519.0.0000.5152], uma pesquisadora dirigiu-se ao CAPS para a apresentação da pesquisa e articulação sobre a data de início da etapa de convites para a entrevista, momento mediado pelos profissionais do CAPS que indicaram os usuários que atendiam os critérios de inclusão (ter 18 anos ou mais, ser egresso de internação psiquiátrica, estar em condições de ceder entrevista). As entrevistas foram realizadas nos meses julho e agosto de 2019 e janeiro e fevereiro de 2020 com duração média de 33 minutos. O Termo de consentimento livre e esclarecido foi oferecido a todos os participantes, lido e assinado antes do início das entrevistas, que ocorreram individualmente em sala reservada do CAPS. Para a publicação deste artigo, os nomes de pessoas e instituições foram substituídos, de forma a preservar as identidades dos participantes.

Após transcrição na íntegra das entrevistas o material foi submetido à análise temática (Souza, 2019) na busca de indicadores (Gonzalez Rey, 2002) que pudessem ser organizados em categorias, sendo alvo de análise deste artigo as categorias (1) O manicômio está presente e (2) CAPS como espaço de convívio e substituto da vida social.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa seis usuários de CAPS tipo I egressos de internação (Quadro 1). Os dados sociodemográficos das pessoas entrevistadas neste estudo dialogam com estudo sobre o perfil de pacientes internados pelo SUS entre 2000 e 2014 (Rocha, Reis, Santos, Melo & Cherchiglia, 2021), que situaram a média de idade em 38 anos, a qual se aproxima da média de 42 anos encontrada em nosso estudo. Por sua vez,

em Silva, Daros, Bitencourt, & Iser (2021), as maiores taxas de internação foram verificadas na faixa entre 30 a 59 anos, na qual se situam a idade de cinco dos seis entrevistados na presente pesquisa. Em ambos os estudos, a maioria era do sexo masculino, em contraste com a predominância de 83% de mulheres em nosso estudo. Todavia, havia pessoas do sexo masculino que frequentavam o CAPS no momento da etapa de campo da pesquisa e que não puderam participar da entrevista em razão da eclosão da pandemia Covid-19 e da suspensão dos convites para novas entrevistas, o que pode explicar essa diferença entre os resultados do estudo do perfil em nível nacional e os do nosso.

Quadro 1. *Caracterização dos participantes*

Entrevistado	Idade (anos)	Gênero	Com quem reside	Filhos	Ocupação	Escolaridade	Companheiro(a)
Célia	46	Mulher	Filha, genro e neta	Sim	Tarefas do lar	EFI	Não
Lívia	43	Mulher	Só	Sim	Tarefas do lar	EFI	Não
Alcione	43	Mulher	Companheiro	Sim	Tarefas do lar	EFI	Sim
Públio	27	Homem	Avó e irmão	Sim	Desempregado	EMC	Não
Margarida	52	Mulher	Só	Sim	Tarefas do lar e vendedora	EMC	Não
Alba	45	Mulher	Companheiro	Sim	Tarefas do lar	EMC	Sim

Em seguida serão apresentados os itinerários de cada participante. A partir das entrevistas foi construída uma figura para representar cada IT, dando destaque para os serviços e recursos utilizados pelas pessoas participantes. Nem sempre foi possível apontar em que ano o recurso foi buscado/utilizado, mas tentou-se respeitar uma ordem temporal (do recurso mais antigo até o momento da entrevista). Os itinerários (Figuras 1 e 2) permitem destacar o predomínio de uso de serviços como CAPS, instituições para internação (hospital especializado em psiquiatria, leito psiquiátrico em enfermaria de hospital geral), instituição de longa permanência para idosos, comunidade terapêutica, e pronto-atendimento, com baixo uso de serviços de atenção primária (como ocorre no caso da participante Alba).

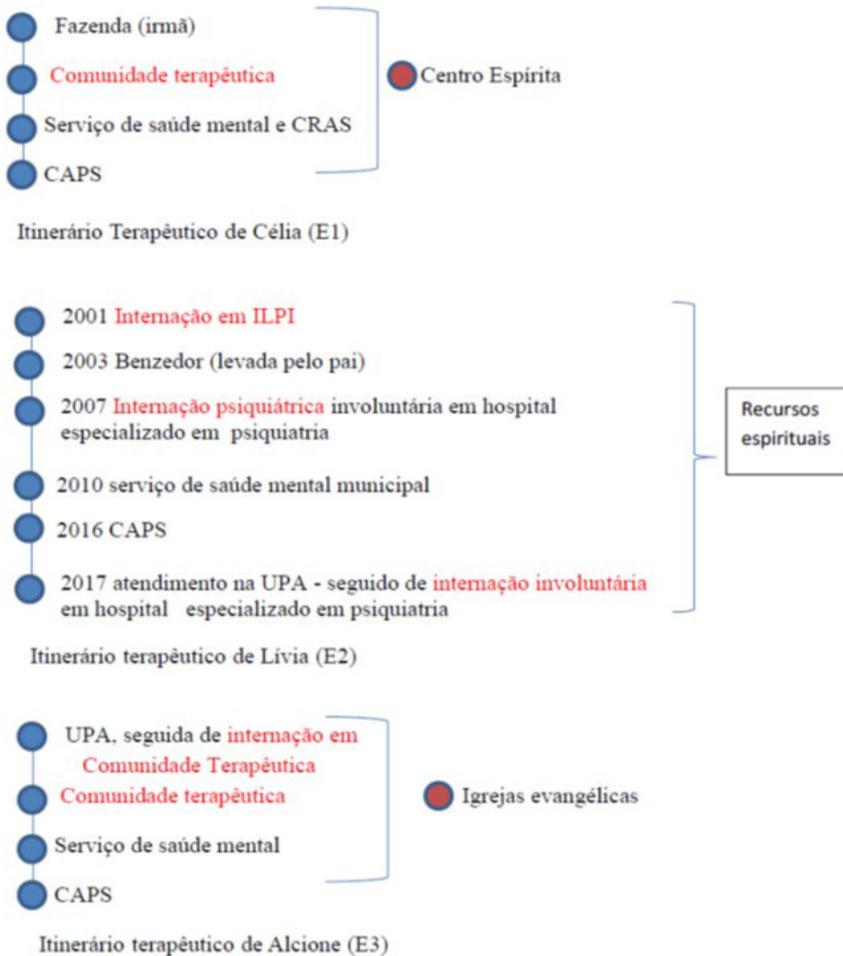


Figura 1. Itinerário terapêutico de Célia, Livia e Alcione.

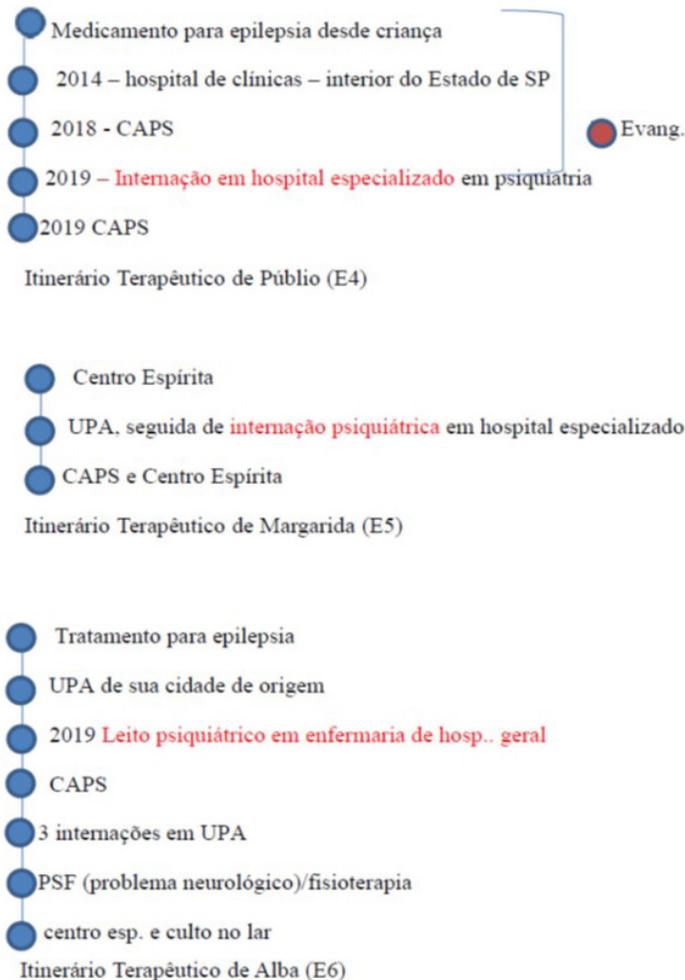


Figura 2. Itinerário terapêutico de Públio, Margarida e Alba

Categoria 1: O manicômio está presente

As descrições dos Itinerários Terapêuticos apontam que há uma lógica manicomial presente nos percursos de busca por saúde trilhados pelos entrevistados. Na trajetória dos participantes, a internação se fez presente em equipamentos da área da saúde como hospitais especializados em psiquiatria e em leitos psiquiátricos de hospital geral, bem como de instituições do campo socioassistencial: as Comunidades terapêuticas

(Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Procuradoria Federal de Direitos do Cidadão, Ministério Público Federal, 2017; e as Instituições de Longa Permanência para Idosos [ILPI] Ministério da Saúde, 2021, 2013). Três indicadores apontam para essa lógica manicomial.

O primeiro indicador refere-se ao fato de, antes de esgotar os recursos extra-hospitalares no território, Alba (E6) (Figura 2) teve a experiência da internação, contrariando a orientação da Lei 10.216/2001, que orienta o cuidado em liberdade até que a internação seja o último recurso para tratar. Rocha et al (2021), em estudo de nível nacional, a partir de ampla base de dados, revelaram que o protagonismo do hospital foi diluído ao longo dos anos de 2000 a 2014, mas sem uma ruptura completa com o modelo que alimenta o parque hospitalar ainda existente no Brasil. Já as Comunidades Terapêuticas marcaram o itinerário de Célia (E1) e Alcione (E3) antes do cuidado em serviço de saúde mental extra hospitalar – no caso da última, após breve passagem por pronto atendimento.

O segundo indicador refere-se aos relatos sobre a experiência de internação que envolvem ter sido “dopado/a” de medicação durante a permanência na instituição somado à qualificação insuficiente das equipes de internação e à necessidade de internação após o ingresso da pessoa no CAPS. Na leitura dos itinerários terapêuticos em seu conjunto, chama atenção que três dentre as seis pessoas entrevistadas já estavam sendo cuidadas pelo CAPS quando passaram por uma internação psiquiátrica/asilar: Livia, Públio e Margarida. Além disso, devemos realçar que Públio e Margarida estavam passando pela primeira internação. Desse modo, ainda que esses participantes estivessem vinculados a um dispositivo criado pela legislação para ofertar um cuidado capaz de lidar inclusive com as experiências de vida mais sofridas e que desarticulam com mais profundidade as pessoas (CAPS), esse vínculo não impediu a internação superveniente.

Como serviço substitutivo ao tratamento mediante internação, ou seja, um serviço que está posto para ocupar gradativamente, mas definitivamente, o lugar dos hospitais, os CAPS são estratégicos na estruturação e no funcionamento eficaz da RAPS, que é uma rede de atuação na área da saúde mental, composta por atenção básica em saúde, atenção psicossocial

especializada (as diversas modalidades de CAPS), atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, estratégia de desinstitucionalização e estratégia de reabilitação psicossocial. Estudo das autoras Macedo e Camargos (2021), analisando a RAPS e a cobertura dos CAPS, em Minas Gerais, comparando 2011, ano que marca o início da implantação da RAPS, com 2018, revelou que em relação aos CAPS I (modalidade-campo de desenvolvimento dessa pesquisa) houve um aumento de 74 (setenta e quatro) equipamentos, pois, em 2011, eram 87 (oitenta e sete) unidades e, em 2018, somavam 161 (cento e sessenta e um) CAPS habilitados. Esse avanço na cobertura de CAPS I, em Minas Gerais, foi mais expressivo do que a expansão de CAPS II (aumento de 12 unidades no período do estudo) e CAPS III (aumento de 10 unidades), e as autoras analisam que isso pode ter ocorrido devido ao critério populacional de 15 mil habitantes, pois, afinal, a maioria dos municípios mineiros possui menos de 20 mil habitantes.

O presente estudo não teve o objetivo de relacionar o aumento dos CAPS habilitados em Minas Gerais com a movimentação no ritmo das internações, mas sem dúvida é um avanço importante revelar o aumento na implantação de um dispositivo de saúde mental estratégico para a consolidação da RAPS na proporção em que seu modo de funcionar e desenvolver atribuições demonstrar constante conectividade com os demais pontos da rede, e não como um serviço isolado que tem o domínio de saberes e práticas especializadas que são de seu exclusivo conhecimento. A mensagem de Rotelli (1991) é completamente atual ao recomendar que os saberes devem ser compartilhados com toda a sociedade viva, tanto os saberes entre os serviços, como dos serviços, informando e formando toda a comunidade de um território. A existência da RAPS coloca o desafio da construção de cuidados de modo articulado pelos serviços de base territorial, em especial o diálogo entre os CAPS e a atenção básica. No entanto, a presença de comunidades terapêuticas na RAPS, na portaria publicada em 2011, e de hospitais especializados em psiquiatria, em 2017, podem enfraquecer o papel do CAPS como um serviço substitutivo da internação.

Sobre a qualificação das equipes, nos locais de internação elas foram percebidas pelas pessoas entrevistadas como insuficientemente qualificadas para o serviço que ofereciam, de modo que utilizavam recursos que

violavam os direitos humanos no manejo das situações, como: *“Ficava muito amarrado. Eles dopavam muito a gente” [Públio] e “Muito ruim ver as pessoas medicadas, andando igual zumbi, tudo fechado” [Alba].* Ainda ilustram esse indicador: *“Porque eles não têm capacidade de cuidar de nós. Eles não sabem conversar, eles não sabem explicar, eles não sabem te responder uma pergunta. Tudo para eles é na ignorância, é no grito, sabe assim?” [Célia] e “As enfermeiras, os enfermeiros, eles não têm... assim, aquela paciência [...] Eles não têm o estudo para isso quase [...] Chegou um tempo lá que eu fiquei passado da conta e eu dormia amarrada; eles me amarraram” [Lívia].*

O segundo indicador traz uma outra questão relacionada ao problema da internação após o ingresso do usuário no CAPS, que é um equipamento destinado a dar contorno à crise impedindo a internação. A crise foi objeto de atenção em pesquisa realizada sobre como os CAPS de Vitória – ES cuidam das pessoas adultas em sofrimento psíquico grave (Castro & Louzada, 2021). As autoras destacam uma concepção de crise na qual todas as dimensões da vida são inseridas, ampliando a perspectiva reducionista da crise aos sintomas e à dimensão biológica. Elas colocam que cuidar da crise, que sobrevém no cotidiano dos equipamentos, requer a abertura para que os afetos sejam considerados no campo relacional, e a circulação e a permanência dos usuários dentro do CAPS aconteçam de forma similar ao modo como ocorre nas ruas da cidade, que são exploradas com liberdade, interação, criando novas paisagens e gerando novos afetos.

Esse modo de prestar o cuidado certamente demanda processos contínuos de capacitação das equipes, requisito que não se restringe a nenhuma equipe em específico, já que é essencial tanto nos serviços substitutivos quanto nos hospitalares e da atenção primária. Desse modo, poderíamos pensar em tratar o paciente sem hipermedicá-lo e contê-lo fisicamente no hospital psiquiátrico (onde o que acontece não tem o controle direto da sociedade), como correspondente ao tratá-lo, permitindo a resistência, a crítica, a discordância sobre as modalidades de oficinas nos CAPS. Nesse sentido, Argiles, Kantorski, Willrich e Coimbra (2017) compreendem que a desconformidade de comportamentos em relação a padrões estabelecidos e serializados na convivência social (que podem desencadear crises)

demandam a criação de espaços coletivos de expressão e criação nos serviços substitutivos (mas, vale também para os hospitalares) para a produção da subjetividade individual e coletiva de trabalhadores e usuários. Entendemos que nos serviços onde a produção de subjetividade norteia o cotidiano das ações, há um potencial para que a crise seja renomeada como experiência de vida, passando a ser acolhida ao invés de rejeitada/medicada/sufocada.

O terceiro indicador refere-se à necessidade de fortalecimento da RAPS e ausência de suporte à saúde mental dos entrevistados na atenção básica.

Nos registros do diário de campo, em reunião com a coordenadora do CAPS, esta informou que havia uma RAPS no município. Na atenção de urgência e emergência, o município contava com o SAMU (que buscava o paciente em crise e fazia esse primeiro atendimento) e uma unidade de pronto atendimento 24 horas (que dava seguimento ao atendimento). Na atenção hospitalar, não havia leitos de psiquiatria em hospital geral, de maneira que, quando a crise não era estabilizada no CAPS ou no PA, o usuário era transferido para o hospital especializado em psiquiatria de referência. A coordenadora explicou que, como a Unidade Hospitalar privada era resistente em “internar pacientes da saúde mental” (tanto que não havia leito pactuado de SM no município), o PA reservava um leito mais isolado para esse público, contando com a sensibilidade e flexibilidade do diretor clínico. A coordenadora ressaltou a importância do matriciamento, que consiste na articulação e acompanhamento dos casos mais complexos de saúde mental, realizado pelos profissionais do CAPS nas reuniões multiprofissionais que ocorrem junto às equipes da atenção primária. Esclareceu que havia 100% de cobertura do território por seis unidades básicas de saúde da família e que as técnicas de referência do CAPS participavam dessas reuniões, que aconteciam mensalmente. Cada profissional era responsável pelo matriciamento de uma unidade de saúde da família. Entretanto, há que se ressaltar que, nas entrevistas, as unidades de atenção primária não apareceram como pontos de cuidado em saúde mental nos itinerários terapêuticos.

Esse terceiro indicador, mostrando um contraste entre a percepção da coordenadora e a ausência da atenção primária no cuidado às pessoas

entrevistadas, permite refletir sobre a ferramenta do matriciamento na consolidação de uma rede de cuidados, que pode ser enriquecida com o estudo das autoras Frazatto e Fernandes (2021). Em um relato de experiência, elas discutem as práticas de matriciamento em um CAPS I que pode valer como uma complementação ao modo como a coordenadora relata a prática ocorrida no CAPS em estudo. No estudo das autoras, a equipe do CAPS elaborou uma agenda de matriciamento com todos os setores previamente identificados para formar parcerias, e que poderiam ser articuladas ao CAPS para integrar o processo de construção compartilhada do cuidado. Assim, além das equipes de atenção primária à saúde e pronto atendimento, o Ministério Público, a Assistência Social e os profissionais de instituições filantrópicas foram convidadas a participar das reuniões, nas quais informações sobre o CAPS eram compartilhadas, casos eram discutidos e temas pertinentes eram estudados. Como resultado desse trabalho, de ampla agenda de matriciamento, o fluxo foi organizado de modo a produzir uma resposta igualmente ampla e potente pela rede, por meio da adesão aos princípios da corresponsabilização em substituição à prática formal do encaminhamento.

Esse exemplo atesta para a existência de modos de pensar e fazer o matriciamento de uma forma mais ampliada, de maneira que o trabalho articulado possa ser mais efetivo e integral, em uma tentativa tanto de frear as internações psiquiátricas quanto de discutir a inserção da atenção primária nos cuidados a pessoas em sofrimento psíquico que se encontrem fora da crise, portanto, prescindindo da atenção no CAPS.

Categoria 2 – O CAPS funciona como espaço de convivência e substituto da vida social?

Como o nome da categoria sugere, o CAPS surge no discurso dos entrevistados como um local para convivência, quase um substituto da vida social, concentrando a maior parte das interações dos sujeitos, que tem uma vida social esvaziada para além do CAPS. O primeiro indicador é formado pelas falas de Célia, Alcione, Públio e Margarida, que realçam o CAPS como parte importante de suas vidas. Acolhimento, confiança, respeito,

liberdade, vínculo positivo com as profissionais e as atividades realizadas marcam o discurso desses participantes sobre o CAPS: “No CAPS eu não posso reclamar de nada, porque aqui nós temos atenção, nós temos os profissionais que eu acho que são...[...]. Só de eu saber que eu estou aqui [no CAPS], como diz, eu me sinto guardada” [Célia].

A consulta com a minha psicóloga me ajuda muito no meu dia a dia [...]. Porque aqui [no CAPS] tem certa liberdade. A pessoa faz o que quer. Fica à vontade. Quer dormir, dorme. Quer tomar os remédios, toma, não quer não toma. A pessoa faz o que quer [Alcione].

Pela educação que eles conversam comigo, pelas brincadeiras que eu brinco com eles, as atividades que nós fazemos. Eu tenho muita confiança com o povo aqui do CAPS. E pelo respeito também. Eles têm muito respeito um pelo outro aqui dentro. [Públio].

Por outro lado, o CAPS também aparece como possibilidade de ocupar o tempo:

É como se fosse uma terapia [as atividades do CAPS] [...]. A gente ocupa a mente, ocupa a mente com outra coisa, com outra atividade [...] Porque enquanto você está fazendo alguma coisa, você tem que concentrar no que você está fazendo [Margarida].

Os apontamentos feitos pelas pessoas entrevistadas sobre aspectos positivos nas relações estabelecidas no CAPS entre trabalhadores e usuários nos dizem sobre o sentimento de serem respeitados e valorizados em suas necessidades e demandas. Mas também nos conduzem a uma reflexão sobre o modo como a proposta envolvida na atenção psicossocial está sendo desenvolvida nesse serviço. Argiles, Kantorski, Willrich e Coimbra (2017), em estudo de caso numa pesquisa de avaliação do serviço de CAPS, em Alegrete/ RS, discutem a produção de subjetividade como processo de diferenciação permanente de trabalhadores e usuários. Entendem as autoras que para se forjar essa subjetividade é fundamental a presença da resistência, da crítica e do exercício do direito de discordar. Assim, a subjetividade se automodelaria a partir de referências próprias. Essa perspectiva, de certo modo, contrasta com aquilo que é trazido nas falas

agrupadas no indicador 1 porque trazem a ideia de que o CAPS é um lugar perfeito enquanto espaço de convivência social, onde as relações são sempre pacíficas a harmoniosas – o que, de fato, contrasta com a experiência usual daqueles que conhecem o cotidiano desse tipo de serviço, que se distancia da experiência de cuidado nessas unidades.

O segundo indicador agrega as falas das pessoas entrevistadas, nas quais se percebe que não estão em crise, mas frequentam o CAPS diariamente. Essa era a situação de Célia, Alcione, Públio e Alba, que participavam do CAPS, à época das entrevistas, de segunda a sexta das 7 às 17 horas, ou seja, durante todo o horário de funcionamento do serviço, o que mostra um desacordo com a recomendação legal de aplicar esse regime para os casos de crise, os casos agudos. Nenhuma dessas pessoas estava em crise no momento da entrevista, até porque um dos critérios para inclusão na pesquisa era a avaliação pela equipe de que a pessoa tinha condições de responder a uma entrevista, e uma pessoa em crise certamente não cumpriria esse requisito. Todos compreenderam inteiramente o TCLE e responderam com consciência e lógica às questões do roteiro.

Desse modo, para a maioria das pessoas entrevistadas, o segundo indicador aponta para o CAPS como substituto da vida social restrita que os usuários levam: *“E eu passei a ficar aqui [no CAPS] porque eu não estava aguentando mais de tanta solidão, estava quase virando uma depressão, sabe? [...] Eu acho que poderia funcionar aos sábados e aos domingos [referência ao CAPS]”* [Alcione].

A permanência sob os cuidados do CAPS, por si, parece não garantir promoção de autonomia e reinserção social. Esse aspecto do CAPS como substituto da vida social, indicando a pobreza de vínculos dos usuários com pessoas e redes, diverge da Política Nacional de Saúde Mental (Lei 10.216/2001) na qual se diz que a reabilitação da pessoa em sofrimento mental só acontece com a reinserção na família e na comunidade, e que o tratamento terá como finalidade permanente a reinserção do paciente em seu meio. Sendo assim, aponta para uma importante lacuna com a qual esse serviço de saúde mental precisa lidar.

A leitura conjunta do primeiro e do segundo indicadores aponta para uma contradição no modo pelo qual o CAPS é percebido pelas pessoas

entrevistadas. Ao mesmo tempo em que o equipamento pesquisado promove o sentimento de ser valorizado e respeitado (indicador 1) traz também a ideia de promotor de uma dependência social (indicador 2), aspectos que podem ser relacionados com essa nova institucionalização. Essa contradição nos remete a algumas construções teóricas relacionadas com o pensamento de que, sendo a Reforma Psiquiátrica um processo social, o processo de desinstitucionalização por ela postulado será sempre contraditório (Rotelli, 1991), porque a Reforma Psiquiátrica não é uma revolução na qual tudo muda ao mesmo tempo, produzindo uma transformação total no pensamento e nas concepções. Essa construção de Rotelli dialoga com Tosquelles, segundo Sivadon & Pollack (1989) e Machado (2006), que apontam maneiras pelas quais essa contradição pode ganhar gradativamente uma tendência para a ampliação de práticas desinstitucionalizantes: desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento psíquico (Machado, 2006) e desconstrução dos muros do asilo existentes dentro de nós, possibilitando desmontar a contradição trazida pela clivagem e construir a homogeneidade do eu segundo Tosquelles (Sivadon & Pollack, 1989).

Continuamos essa reflexão sobre a RPB para relacioná-la ao papel das equipes no impedimento da continuidade dessa nova institucionalização a partir da teoria de Gonzáles Rey (2007). A RPB é um processo social complexo (Amarante, 1995) que tem como argumento originário o reclame da cidadania do louco (Tenório, 2002) e que concentra na transformação das relações reificadas de poder (não só nas instituições totais) (Rotelli, 1991) o meio para atingir sua finalidade que consiste em mudar o modo como a sociedade se relaciona com a loucura. Um objetivo tão amplo não poderia ser atingido no cotidiano de nossas práticas por meio de um movimento linear e uniforme, isento de atravessamentos e revezes. Como evoluir para a ampliação da atuação não manicomial entre e pelos trabalhadores na saúde mental? A transformação dos fundamentos, teorias e conceitos que sustentam as práticas desses profissionais é condição necessária para a modificação das relações à qual se refere Rotelli.

A desconstrução do manicômio interno que nos habita (por meio de uma falange de figuras, tais como: preconceito, desinformação e carência

de conhecimento, julgamentos incriteriosos) requer uma plataforma de pensamento para avançar em reflexões teóricas, sem as quais nossas práticas manicomial se perpetuarão. Esse manicômio interno pode ter participação importante na formação da nova institucionalização, que acontece no cotidiano dos dispositivos criados para romper com o modelo manicomial medicalizante-hospitalocêntrico (Costa-Rosa & Yassui, 2008). Como superar essa nova institucionalização de nossas práticas? A Teoria da Subjetividade de González Rey (2007) é uma resposta fértil para resolver esse impasse. González Rey é autor de um modelo teórico que propõe a ruptura com a noção de transtornos mentais para colocar em seu lugar a expressão configurações subjetivas. Essas configurações, segundo Rey, são constituídas a partir de sentidos subjetivos que emergem das experiências vividas e que aparecem nas ações das pessoas nos espaços de subjetividade social, que é a dimensão subjetiva da sociedade. González Rey (2007) diz que a subjetividade social não é a soma da subjetividade dos indivíduos, mas uma produção que acontece pelos processos relacionais, discursivos, imaginários que se realizam no espaço social. A construção dessa subjetividade é discutida em uma perspectiva cultural-histórica, porque considera que as experiências vividas e significadas pela pessoa são, na própria expressão de González Rey, subversivas. A partir dessa perspectiva, é possível defender que cada trabalhador em saúde mental precisa subverter o sistema simbólico e representativo que sustenta seu manicômio interno para transformar suas relações com os usuários do serviço, por meio da mudança de seus registros e deslocamentos daí decorrentes. Desse modo, poderá ativar a participação dinâmica e criativa de todos e todas na totalidade das decisões cujos temas lhes dizem respeito. Se o profissional ainda não teve a oportunidade de produzir sua própria subjetividade, sendo protagonista na construção de seus próprios referenciais, que instrumentos e ferramentas terá ele para promover esse aprimoramento nas relações que estabelece com as pessoas que usam o serviço?

Muitas atividades desenvolvidas nos serviços criados para materializar a superação do modo manicomial não produzem nos usuários esse tom subversivo a que se refere González Rey. Um exemplo de atividade realizada em espaço coletivo no CAPS, mas que provavelmente não colabore

na produção de subjetividade (dentro dos aspectos aos quais nos referimos) nos é conferido por Menezes e Pegoraro (2019). Em revisão integrativa da literatura com o objetivo de fornecer um panorama das atividades grupais direcionadas a adultos e desenvolvidas através dos CAPS, as autoras destacaram do *corpus* de análise uma categoria cotejando a reprodução do modo manicomial *versus* a desinstitucionalização cujas características podem ser extraídas a partir do modo pelo qual as oficinas se desenvolveram. Nos artigos pesquisados por Menezes e Pegoraro, foi relatada a compreensão das oficinas como “fazer pelo fazer”, sem descobrir um sentido para essa prática e fazer uma atividade com o objetivo de “ocupar a mente”, como Margarida (entrevistada nesse estudo) expressou em uma de suas falas. Esses modos de compreender as oficinas certamente são ineficazes para produzir subjetividade porque expressam passividade, uma simples forma de ocupar e entreter, uma ocupação empobrecida de trocas e de significado para os usuários em seus contextos reais de vida. Concepções que não comungam com a ideia de subversão trazida por Gonzalez Rey. Portanto, a oferta de oficinas não significa, necessariamente, a ruptura e a superação das formas de pensar e agir da lógica manicomial, especialmente quando elas são consideradas como finalidade em si mesmas.

Outro estudo realizado por Fiorati e Saeki (2013), para avaliar como o modo psicossocial estava sendo efetivado em serviços extra-hospitalares de Ribeirão Preto – SP, revelou que muitos dos profissionais entrevistados apresentaram uma concepção de reabilitação psicossocial como aproximação da pessoa em sofrimento psíquico das condutas normatizadas e de papéis sociais adequados, o que diverge da noção de subversão a que nos referimos aqui. O processo de trabalho desenvolvido dentro dessa noção de subversão do instituído demandaria um plano de cuidado capaz de cotejar as necessidades de saúde dos usuários, considerando as questões econômicas e sociais cotejadas com as ofertas profissionais (cuidado, saberes e instrumentos), o que designaria o modo operacional da equipe. Assim, ao invés de trabalhar pelo remodelamento dos padrões de comportamento, o projeto terapêutico singular do usuário (Rodvalho & Pegoraro, 2016) produziria mudanças a partir da posição da pessoa em relação ao seu quadro de vida, corresponsabilizando-o na construção de saídas.

O terceiro indicador apresenta o CAPS como um serviço de saúde desconhecido aos usuários entrevistados. Ao ser perguntada sobre sua opinião a respeito do serviço do CAPS, Margarida responde: “Acolhedor”, e quando a pesquisadora pergunta “Acolhedor....que mais?”, Margarida completa: “É difícil de falar isso porque como eu venho só uma vez por semana eu não sei o que acontece no resto da semana, então já é mais complicado de responder.” Essa fala é reveladora de que o CAPS é, em seu dia a dia, nas atividades de cuidado que oferece, desconhecido a ela ou pode também ser a expressão de um sujeito ativo capaz de reagir e de estar implicado na produção de uma subjetividade não serializada da qual falam Argiles *et al.* (2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa atingiu seu objetivo porque os resultados permitiram a compreensão do percurso realizado pelas pessoas entrevistadas que tinham tido a experiência da internação psiquiátrica em seus itinerários terapêuticos e estavam inseridas em um CAPS. Como contribuição, este estudo apontou as fragilidades da RAPS em município de menor porte que conta com CAPS tipo I em funcionamento, o qual guarda características de convivência e ocupação, destinando o cuidado da crise aos serviços de urgência e internações. Uma limitação deste trabalho consiste em analisar entrevistas de usuários de um único CAPS. A partir deste estudo, fica a sugestão para o desenvolvimento de outras pesquisas que priorizem a participação dos usuários dos serviços, por meio da abordagem dos itinerários terapêuticos, garantindo o fomento da visibilidade deles no universo da pesquisa científica, a legitimidade de suas versões e a aproximação da universidade dos saberes e práticas em saúde na perspectiva do pluralismo terapêutico.

REFERÊNCIAS

Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491-494. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300024>.

- Argiles, C. T. et al. (2017). Processos de singularização no modo psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 27(1) 61-77. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000100004>.
- Braga, R. B. & Pegoraro, R.F. (2020). Internação psiquiátrica: o que as famílias pensam sobre isso? *Revista Psicologia e Saúde*, 12(1), 61-73. <https://doi.org/10.20435/pssa.v12i1.820>
- Cabral, A. L. L. V., Martinez-Hemáez, A., Andrade, E. I. G. & Cherchiglia, M. L. (2011). Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4433-4442. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>
- Castro, K. M. D. & Louzada, A. P. F. (2021). Crise no cotidiano: o cuidado nos Caps. *Mnemosine*, 17(1), 163-183. <https://doi.org/10.12957/mnemosine.2021.61848>
- Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Conselho Nacional do Ministério Público, & Ministério Público do Trabalho (2020). *Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional*. Recuperado de: www.cfp.org.br
- Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Procuradora Federal de Direitos do Cidadão, Ministério Público Federal (2017). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*. Brasília. Recuperado de: www.cfp.org.br
- Corrêa, G. H. de L. S. T. C., Bellato, R., Araújo, L. F. S. de, & Hiller, M. (2011). Itinerário terapêutico de idosa em sofrimento psíquico e família. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(2), 274-83. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v10i2.10462>
- Costa-Rosa, A. & Yassui, S. (2008). A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 32(78/79/80), 27-37. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773003>
- Dell' Acqua, G., & Mezzina, R. (1991) Resposta à crise. In: J. Delgado *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Editora Resenha.

- Ely, G. Z., Terra, M. G., Silva, A. A., Freitas, F. F., Padoim, S. M. M., & Lara, M. P. (2014). Internação psiquiátrica: significados para usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*, 10(1), 23-28. Recuperado de <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v10i1p23-28>.
- Ferreira, G. M. K., Marins, M. F., Morais, R. S., & Lopes, C. L. A. S. (2012). Internação psiquiátrica em hospital geral e a política de saúde mental. *Journal of Nursing and Health*, (2), 333-339. doi:10.15210/jonah.v2i0.3477.
- Fiorati, R. C. & Saeki, T. (2013). As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. *Saúde em Debate*. 37(97), 305-312. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ZbcgSvY8XtWPBC7ckDXwkrz/?lang=pt>
- Frazato, C. F. & Fernandes, J. C. (2021). Práticas do CAPS e o desafio da desinstitucionalização. *Psiquiatria Revista*, 30(1), 54-75. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2021v30i1p54-75>
- Gerhardt, T. E., Burille, A., & Müller, T. L. (2016). Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. In T. E. Gerhardt, R. Pinheiro, E. N. F. Ruiz & A. G. da S. Junior (Orgs.), *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde* (pp. 27-97). Rio de Janeiro, RJ: Editora CEPESC.
- Gonzalez Rey, F (2007). As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria histórico-cultural. *Psic. da Ed.*, 24, 155-179. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-69752007000100011&script=sci_abstract&lng=pt
- Gonzalez Rey, F. (2002). O desenvolvimento dos indicadores e a definição de categorias no curso da pesquisa *In Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*.(pp.118-125). Rio de Janeiro: Cengage Learning.

- Gonzalez Rey, F. Epistemologia, metodologia e subjetividade. Palestra oferecida no III Ciclo de Conferências: “Um olhar plural - simbolismo no campo dos estudos organizacionais”. Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Espírito Santo. 24 de agosto de 2007. Recuperado em <https://www.youtube.com/watch?v=IDZ69NHUqTM>
- Lara, A. P. M. & Volpe, F. M. (2019). Evolução do perfil das internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2001-2013. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 24(2), 659-668. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.14652017>.
- Lei n 10.216. (2001, 06 de abril). *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília, DF. Recuperado em 17 de agosto de 2018, de http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03//LEIS/LEIS_2001/L10216.htm.
- Macedo, E. V. & Camargos, M. C. S. (2021). Avaliação da Rede de Atenção Psicossocial: análise da cobertura dos CAPS em Minas Gerais. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde V. 18 (2)* <https://doi.org/10.21450/rahis.v18i3.7023> ▪
- Machado, D. M. (2006). A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental. (Dissertação de Mestrado – Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Universidade de Brasília). Recuperado de https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/4867/1/Dissert_final.pdf.
- Menezes, G. P. & Pegoraro, R. F. (2019). Panorama das Atividades Grupais Desenvolvidas em Centros de Atenção Psicossocial (2006–2016). *Psicologia: Ciência e Profissão* 39, e189050. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003189050>.

- Ministério da Saúde . Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA]. (2013). Nota técnica nº 055/2013 – GRECS/GGTES/ANVISA. Esclarecimentos sobre artigos da RDC Anvisa nº 29/2011 e sua aplicabilidade nas instituições conhecidas como Comunidades Terapêuticas e entidades afins. Recuperado de: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota_tecnica-csips-ggtes-anvisa-no55_2013.pdf/view
- Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2021). Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 502, de 27 de maio de 2021. Recuperado de: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdco502_27_05_2021.pdf
- Portaria MS 3088, de 23 de dezembro 2011 (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)*. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
- Portaria MS 336, de 19 de fevereiro de 2002 (2002). *Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial*. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prto336_19_02_2002.html
- Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. *Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio*. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prto148_31_01_2012.html.
- Reinaldo, A. M. dos S. & Saeki, T. (2004). Ouvindo outras vozes: relato de familiares sobre o convívio com o paciente psiquiátrico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(4), 396-405. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000400005>

- Rocha, H. A., Reis, I. A., Santos, M. A. C., Melo, A. P. S., & Cherchiglia, M. L. (2021). Internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ocorridas entre 2000 e 2014. *Revista Saúde Pública*, 55 <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002155>
- Rodvalho, A. L. P., & Pegoraro, R. F. (2016). Revisão integrativa de literatura sobre a construção de Projetos Terapêuticos Singulares no campo da saúde mental. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas (Edição Em Português)*, 12(4), 240-248. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i4p240-248>
- Rodvalho, A. L. P., & Pegoraro, R. F. (2020). O Centro de Atenção Psicossocial segundo familiares de usuários: um estudo a partir dos itinerários terapêuticos. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 16(1), 1-8. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.150161>.
- Rotelli, F. (1991, Julho/Agosto). Desospitalização: A transformação nas mãos dos técnicos. *Jornal CRP-06*, 4-5. http://www.crp.org/uploads/impresso/606/3oLgwsCoH_EB9EFEjUZKkp2HinnWHfkO.pdf
- Santos, R. S., Sena, E. P. & Aguiar, W. M. (2017). Perfil de internações psiquiátricas em unidade hospitalar de Salvador, Bahia. *Revista Ciênc. Méd. Biol.* 16(3), 374-379. <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v16i3.24385>.
- Silva, M. G., Daros, G. C., Bitencourt, R. F. & Iser, B. P. M. (2021). Psychiatric hospitalizations in Brazil: exploratory and trend analysis from 2009 to 2019. *Jornal Brasileiro Psiquiatria* 70 (1), 39-44. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000303>.
- Sivadon, D. & Pollack, J-C (1989). François Tosquelles: une politique de la folie. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=kT9REbBckRI&t=150s>
- Sousa, F. S. P. & Jorge, M. S. B. (2019). O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(1), e0017201. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00172>.

- Sousa, F. S. P. de, & Oliveira, E. N. (2010). Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 671-677. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300009>
- Souza, L. K. de. (2019). Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 71(2), 51-67. <https://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i2p.51-67>
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9(1), 25-59. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>
- Zanardo, G. L. de P., Silveira, L. H. de C., Rocha, C. M. F., & Rocha, K. B. (2017). Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(3), 460-474. <https://dx.doi.org/10.1590/1980-54972017000300009>.

Recebido em 12/11/2021

Aceito em 05/10/2023



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.