

SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E ATENÇÃO COMUNITÁRIA: INOVAÇÕES E DESAFIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA



FIOCRUZ / FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN

23, 24 e 25 de março de 2015

Rio de Janeiro
Março, 2015

FIOCRUZ / FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN
MINISTÉRIO DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL

INOVAÇÕES E DESAFIOS EM DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E
ATENÇÃO COMUNITÁRIA NO BRASIL

Documento Técnico Final

Rio de Janeiro
Março, 2015

Seminário Internacional de Saúde Mental Desinstitucionalização e Atenção Comunitária: Inovações e Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Fiocruz / Plataforma Calouste Gulbenkian de Saúde Mental / Ministério da Saúde do Brasil
Organização Mundial da Saúde / Organização Panamericana da Saúde

ORGANIZAÇÃO

Plataforma Calouste Gulbenkian de Saúde Mental/Fiocruz

Organização Mundial de Saúde/Ministério da Saúde

COMISSÃO CIENTÍFICA

Paulo Gadelha

Sergio Gulbenkian

Benedetto Saraceno

José Miguel Caldas de Almeida

Roberto Tykanori

Pedro Gabriel Delgado

PESQUISA E REDAÇÃO

Pedro Gabriel Delgado

Bruno Diniz Castro de Oliveira

Keli Valente Santos

Maria Cristina Ventura Couto

Adriana Pereira da Fonseca

Colaboração de JM Caldas de Almeida e Pedro Mateus na avaliação das percepções dos grupos implicados no processo de mudança.

Ilustração da capa: Artur Bispo do Rosário

Instituto (antiga Colônia) Juliano Moreira

Fiocruz. Fundação Calouste Gulbenkian.

Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final. Fiocruz. Fundação Calouste Gulbenkian. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde – 2015

90 p. (mais anexo, 4p.)

Documento técnico para subsídio ao Seminário Internacional de Saúde Mental: Inovações em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária. Versão final.

Rio de Janeiro, RJ, março, 2015

1. Desinstitucionalização em saúde mental. 2. Saúde mental comunitária. 3. Reforma psiquiátrica, Brasil. 4. Saúde mental global

SUMÁRIO

Introdução e Apresentação	5
Capítulo 1 – Mudança do modelo de atenção na política pública de saúde mental: revisão da literatura científica brasileira	10
Capítulo 2 – Avanços e Barreiras na Desinstitucionalização e na Implantação de Serviços Comunitários: Análise dos Dados	30
Capítulo 3 - Percepções dos Grupos Implicados sobre a Desinstitucionalização e a Saúde Mental Comunitária	51
Discussão, Conclusões e Considerações Finais	67
Referências Bibliográficas	72

INTRODUÇÃO, APRESENTAÇÃO E OBJETIVOS

INTRODUÇÃO, APRESENTAÇÃO E OBJETIVOS

Introdução, Apresentação e Objetivos deste Documento Técnico

Este Documento Técnico *Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil* foi elaborado para servir de material de trabalho aos participantes do Seminário Internacional de Saúde Mental “*Desinstitucionalização e Atenção Comunitária: Inovações e Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*” (*Innovation in deinstitutionalization and promotion of community-based mental health care: the challenges of Psychiatric reform in Brazil*), promovido pela Fiocruz, Plataforma Gulbenkian de Saúde Mental, Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde do Brasil.

Sendo um documento de trabalho, seu objetivo é contribuir para que o Seminário Internacional possa, debatendo a experiência brasileira, construir um consenso em torno de conclusões que representem um conjunto curto e realista de medidas capazes de contribuir para uma avaliação dos avanços e barreiras encontrados na implementação da reforma psiquiátrica no Brasil, e para a implementação de medidas que permitam superar essas barreiras, tanto no contexto brasileiro como em outros países interessados em aprofundar a transformação dos seus serviços de saúde mental.

Em seus objetivos de produção de análise e recomendações para a saúde mental global, espera-se que o Seminário Internacional do Brasil possa contribuir para o Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020, da Organização Mundial de Saúde.

Sendo assim, o presente documento reúne elementos para permitir a discussão dos temas: objetivos da reforma psiquiátrica brasileira, principais estratégias seguidas, principais êxitos alcançados, áreas em que se registaram mais e maiores barreiras na implementação da reforma, lições que se podem retirar da reforma para o seu aprofundamento no Brasil, e, finalmente, lições que se podem retirar da reforma para outros países.

Contexto da experiência brasileira

O processo de substituição do modelo asilar pela atenção comunitária em saúde mental no Brasil vem sendo reconhecido como uma experiência exemplar, tanto pelos avanços

alcançados, como pelos complexos desafios que o próprio processo de mudança de modelo vem impondo ao país.

Iniciada nos anos 1980, integrando o movimento nacional pela redemocratização do país, cuja ênfase no compromisso da equidade e bem-estar social possibilitou a inscrição de pautas progressistas, incluindo o sistema universal de saúde, na nova Constituição, de 1988, a Reforma Psiquiátrica brasileira teve como principal objetivo, desde seu início, a extensão dos direitos de cidadania às pessoas com transtornos mentais, prioritariamente àquelas submetidas a longos anos de confinamento em hospitais psiquiátricos. Este processo, calcado na defesa dos direitos humanos, tem como eixo organizador a desinstitucionalização, compreendida como uma ação complexa, que envolve não apenas a retirada dos usuários dos hospitais, mas, fundamentalmente, a construção de um cuidado comunitário efetivo, contínuo e qualificado para todos os que necessitem de atenção e tratamento em saúde mental.

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

O processo brasileiro da Reforma, ainda que indique avanços substanciais, está longe de ser considerado plenamente exitoso. A redução progressiva de leitos e o elevado patamar de institucionalidade alcançado com a aprovação da lei nacional de saúde mental (lei 10.216, de 2001), conjugados a uma consistente base normativa no Sistema Único de Saúde (SUS), não têm impedido o confronto com desafios de base, como o da ampliação do acesso e integração da saúde mental com a atenção primária - ainda não equacionados -; ou com riscos de retrocesso, como os da neo-institucionalização, representados pela tendência ao recolhimento institucionalizado de usuários de álcool e outras drogas, de idosos, e de crianças e adolescentes vulneráveis por diferentes condições (mentais, psicossociais).

Em menos de 20 anos, o país concretizou um sólido projeto de desinstitucionalização, com a redução de leitos em parques manicomiais. Foram redistribuídos os recursos financeiros da rede hospitalar para os serviços comunitários: neste período, o orçamento destinado aos aparatos asilares diminuiu de 95% do total de gastos com saúde mental para

menos de 30%, ao passo que o financiamento da rede substitutiva alcançou um patamar 15 vezes maior. Os avanços foram ainda significativos no que concerne à atenção específica dos transtornos mentais na infância e adolescência, na assistência aos usuários de álcool e outras drogas, bem como na afirmação de uma agenda relativa aos direitos humanos e à cidadania dos portadores de transtornos mentais.

O Brasil é um país de larga extensão territorial, com 200 milhões de habitantes, no qual ainda persistem, apesar dos avanços inegáveis, graves situações de iniquidade social e econômica. Após mais de duas décadas submetido a uma ditadura civil-militar, o país vive, desde a Constituição de 1988, uma democracia, com instituições políticas, jurídicas e da sociedade civil em processo de consolidação. As características geográficas e sócio-demográficas do país (cujo histórico de desenvolvimento econômico deu-se a partir do litoral, e das regiões Sudeste e Sul, havendo ainda extensas áreas pouco desenvolvidas em todas as regiões) devem ser levadas em conta na análise dos avanços e barreiras do processo de Reforma.

Alguns indicadores macroeconômicos e sociais ajudam a compor a descrição do país: o IDH (PNUD 2013) é 0,744 (79º do mundo), a renda média domiciliar per capita R\$ 1.052,00 (2014, PNAD/IBGE), mortalidade infantil 14,40 por mil nascidos vivos (2014; comparativamente, no ano 2000 a taxa era de 29,2 por mil), esperança de vida ao nascer é de 75,14 anos (2014; comparativamente, 69,83 em 2000). Deve ser ressaltado que o país, que vive uma situação de crise política e econômica a partir do final de 2014, passou por processo significativo de mobilidade social nos últimos 12 anos, com mudança no perfil dos estratos sociais: incorporação de 20 milhões de pessoas à classe média, formalização dos empregos, com baixo índice (5,1% - IBGE, fevereiro 2014) de desemprego, e redução da miséria.

Metodologia e Conteúdo

Este documento é composto por três partes, que expressam o percurso metodológico adotado. O período analisado se estende de 2001 a 2014, exceto na revisão de literatura, que incluiu os anos 1990. No capítulo 1, apresenta-se uma revisão da literatura sobre a reforma psiquiátrica brasileira e seu processo de desinstitucionalização, com base em artigos publicados em periódicos indexados, com revisão por pares, no período de 1990 a 2014.

No capítulo 2, realiza-se uma leitura e análise dos dados de gestão, fornecidos pelo Ministério da Saúde brasileiro, e outros dados produzidos para este documento, acerca da

implantação e do desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Mental. São definidos componentes considerados prioritários para os dois eixos temáticos: desinstitucionalização e implantação da rede comunitária de ações e serviços.

No capítulo 3, com base na aplicação de um questionário eletrônico, dirigido a gestores, profissionais, usuários, familiares, e outros atores-chave, é apresentada uma avaliação exploratória sobre a percepção dos avanços, barreiras e estratégias úteis (pontos fortes, fragilidades, estratégias úteis e riscos) em relação ao movimento de superação do modelo asilar empreendido no Brasil.

O capítulo 4 apresenta uma discussão geral, contendo alguns pontos considerados mais relevantes para uma compreensão crítica do processo brasileiro de desinstitucionalização e saúde mental comunitária. São apresentadas ainda, para debate, algumas recomendações gerais sobre os passos seguintes da reforma psiquiátrica brasileira.

CAPÍTULO 1

MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL: REVISÃO DA LITERATURA BRASILEIRA (1990-2014)

CAPÍTULO 1

MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL: REVISÃO DA LITERATURA BRASILEIRA (1990-2014)

O processo conhecido como Reforma Psiquiátrica é abordado em artigos científicos no Brasil desde os anos 1980. A criação e implantação do SUS, em 1990, constituem marco decisivo para a inscrição desse processo de mudança da saúde mental no âmbito de uma política pública com princípios claros de universalização do acesso e integralidade no cuidado em saúde.

A revisão empreendida adota como eixos de análise os *Avanços* (pontos fortes), as *Barreiras* (pontos fracos e obstáculos) e as *Estratégias Úteis* no processo da Reforma Psiquiátrica, e aborda o tema sob dois aspectos complementares: um mais amplo, a *Política de Saúde Mental/Reforma Psiquiátrica*, e outro mais específico, sobre a *Desinstitucionalização*. Trata-se de revisão de tipo narrativa, onde se adotou o critério de incluir apenas artigos publicados em periódicos científicos indexados. Certamente a revisão se beneficiaria igualmente da busca por fontes da chamada “literatura cinzenta” (dissertações, teses, documentos, relatórios de pesquisa), porém o percurso escolhido, após análise preliminar do material existente, mostrou-se suficiente para os objetivos do estudo. Documentos normativos são citados em outro momento deste Relatório, não fazendo parte da presente revisão bibliográfica. Estudou-se o período que vai da criação do SUS (1990) até o final de 2014.

I – Reforma Psiquiátrica – Análises sobre a política de saúde mental

O percurso metodológico para a revisão bibliográfica acerca do tema da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi iniciado a partir da busca pelos descritores “Reforma Psiquiátrica” e “Política de Saúde Mental” na base de dados *Bireme*, com o recorte temporal proposto (artigos publicados de 1990 a 2014). Nesta etapa, foram encontradas 16.863 publicações, somados os achados de cada descritor. A seguir, foi adicionado o filtro “País/Região, como assunto: Brasil” para ambas as categorias, chegando a 851 artigos. Na sequência, foram excluídos artigos que não tratavam diretamente do tema em questão, além de outros que

diziam respeito apenas a certas categorias profissionais, encontrando um conjunto final de 289 publicações.

Como passo adicional, realizou-se a pesquisa com os mesmos descritores na base *SciELO*, visto que essa ofereceria uma gama de artigos adicionais, que não puderam ser localizados na busca inicial na base *Bireme*. Foram repetidos os mesmos passos metodológicos (usando, além dos já mencionados critérios de exclusão, a retirada de artigos repetidos, encontrados na base *Bireme*), chegando ao número de 209 artigos.

Portanto, ao final da primeira etapa, trabalhou-se com o número de 498 artigos. Todo o processo metodológico encontra-se descrito de maneira pormenorizada na tabela 1.

Em uma segunda etapa, foi realizada a revisão de todos os resumos dos 498 artigos, excluindo-se: artigos sem acesso virtual, aqueles onde o tema em foco era tratado apenas topicamente, descrições pontuais de aspectos laborativos. Foram selecionadas, ao final, **72 publicações** consideradas ilustrativas dos variados temas, conceitos, experiências e abordagens referentes à reforma psiquiátrica brasileira e à construção da política nacional de saúde mental.

A leitura crítica da referida literatura foi guiada pelos mesmos eixos que orientaram a elaboração do presente documento: *buscou-se identificar, a partir do ponto de vista da produção acadêmica brasileira, quais são as medidas de avanço, as barreiras, e as estratégias úteis que podem ser extraídas da experiência nacional de transformação do modelo político/assistencial em saúde mental*. A seguir, serão apresentados os resultados para cada um dos eixos de análise.

TABELA 1 – Revisão de Literatura sobre Reforma Psiquiátrica

	DESCRITOR	FILTROS	NÚMERO DE ARTIGOS
<i>BIREME</i>	“Reforma Psiquiátrica”	Total	1.531
		País/Região como assunto: Brasil	371
		Seleção Inicial de artigos	184
	“Política de Saúde Mental”	Total	15.332
		País/Região como assunto: Brasil	480
		Seleção Inicial de artigos	105
<i>SCIELO</i>	“Reforma Psiquiátrica”	Total	341
		País/Região como assunto: Brasil	341
		Seleção Inicial de artigos	166
	“Política de Saúde Mental”	Total	108
		País/Região como assunto: Brasil	108
		Seleção Inicial de artigos	43
SELEÇÃO FINAL			72

Os Avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira

A literatura investigada é unânime em apontar que, não obstante os enormes desafios encontrados ao longo de tal trajetória, avanços significativos foram alcançados no processo de reforma psiquiátrica realizado no Brasil¹. Autores como Bosi, Carvalho, Ximenes, Melo e Godoy² argumentam que o referido processo se consolida a partir da construção de uma nova política pública para a assistência em saúde mental, pautada em práticas e tecnologias de cuidado inovadoras. Segundo Oliveira e Alessi³, seu desenvolvimento se dá a partir de três elementos, dos quais o primeiro diz respeito aos movimentos sociais (com suas posições de questionamento do saber psiquiátrico e suas práticas, além da reivindicação dos direitos dos “doentes mentais”), as políticas nacionais (e sua correlata rede assistencial alternativa aos hospitais psiquiátricos) e as legislações que garantem a promoção do novo modelo, reivindicando a autonomia e cidadania do louco. Assim, possui como eixo principal a transformação do modelo, por meio da mudança entre propostas assistenciais de cunho

hospitalocêntrico, de caráter asilar e com graves violações de direitos, para uma rede de serviços comunitários, com foco na produção de autonomia e cidadania de seus usuários. No cenário nacional, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) emergem como protagonistas do novo modelo, sustentando um conjunto de ações teórico-práticas e político-ideológicas que visam promover novas formas de laço de seus usuários com a cidade, em diálogo permanente com sua comunidade e território de referência^{4,5}. Consolida-se, portanto, para além de seu campo mais técnico, inscrevendo-se, de maneira mais ampla, no corpo social:

"Com a virada do século, a Reforma Psiquiátrica no Brasil deixou definitivamente a posição de "proposta alternativa" e se consolidou como o marco fundamental da política de assistência à saúde mental oficial. Mais do que isso, a influência do seu ideário vem-se expandindo no campo social, no universo jurídico e nos meios universitários que formam os profissionais de saúde"⁶.

Entretanto, para o desenvolvimento do processo de reforma, foram necessários alguns elementos de base, sem os quais não seria possível avançar. É possível extrair do material bibliográfico dois elementos que, de acordo com a visão dos autores, favoreceram a construção de uma agenda política comprometida com a reversão das práticas psiquiátricas vigentes: o aproveitamento de um contexto político nacional favorável e o desenvolvimento de um arcabouço legislativo propositivo.

Em relação ao primeiro, Tenório⁷, Oliveira e Alessi³ e Borges e Batista⁸ atribuem destaque ao contexto político propício encontrado nos anos 1980, a partir da abertura política e o fim do governo militar (1985), a promulgação da Constituição de 1988, e a rediscussão do papel do Estado na saúde, que culminou com a reforma sanitária e a subsequente criação do Sistema Único de Saúde. Os princípios básicos deste sistema, traduzidos na universalidade, integralidade, equidade e participação social (instituídos pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90), propiciam um solo favorável à readequação das noções de promoção, prevenção e reabilitação em saúde; princípios caros e necessários à construção de uma nova agenda da saúde mental. Os autores observam que, por mais que os debates acerca da transformação do cenário psiquiátrico remontem às décadas de 1960 e 1970, quando a tradução nacional de experiências europeias e estadunidenses (como a psiquiatria preventiva e comunitária e as comunidades terapêuticas) se desenvolvia de maneira tímida, sua efetiva potencialização só veio a se tornar possível a partir do aproveitamento do cenário oportuno, encontrado na década de 1980. Ainda a respeito do cenário político em questão, Fassheber e Vidal⁹, Bueno e Caponi¹⁰ e Pitta¹¹ ressaltam a importância dos movimentos sociais na condução política do movimento antimanicomial brasileiro, com destaque para o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), criado em 1978: "combinando reivindicações trabalhistas e um

discurso humanitário, o MTSM alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definidamente antimanicomial"⁷.

Já em relação ao segundo elemento, notamos que os artigos enfatizam a existência de uma legislação comprometida com a transformação do modelo como um fator *sine qua non*, compreendendo-o como alicerce para a edificação da nova cultura assistencial. As diversas leis (nos âmbitos federal, estadual e municipal) e portarias ministeriais, propostas e promulgadas em diferentes momentos e contextos, contribuíram de maneira decisiva no curso de tais eventos^{8, 12}.

No seio do arcabouço normativo que foi construído ao longo da reforma, atribui-se grande destaque à Lei 10.216/2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado (cuja tramitação no Congresso remetia ao último ano da década de 1980, ainda como Projeto de Lei nº 3.657/1989), como um marco fundamental de seu desenvolvimento^{7, 13, 14, 15, 16}. Partindo das leituras de Berlinck, Magtaz e Teixeira¹², Costa et. al.¹⁷ e Gama¹⁸, é possível depreender que a referida lei produziu sua incidência em quatro vertentes fundamentais, sendo elas efetivadas na mutação do panorama assistencial (com a abertura e expansão da rede de base comunitária), na gradual redução no número de leitos em hospitais psiquiátricos, no deslocamento da aplicação dos recursos financeiros (que migraram da rede hospitalar para os serviços comunitários) e no estabelecimento de uma base de garantia de direitos aos usuários em questão. Oliveira e Alessi³ argumentam, ainda, que a Lei 10.216, em diálogo com as inovações introduzidas pela reforma sanitária e pela Constituição Federal de 1988, inaugura "(...) uma mudança macro-organizacional que garantiria os direitos de cidadão ao louco"³. Nesse sentido, Delgado, Gomes e Coutinho¹⁹ e Mari²⁰ concluem que tal instrumento legal e normativo exerceu uma função preponderante como catalizador da reorientação do modelo assistencial em solo nacional.

Assim, pode-se concluir também que os avanços foram significativos na implementação e expansão da rede extra-hospitalar, como os CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos, Ambulatórios etc.¹. Ainda, diversos autores argumentam que a consolidação do processo de reforma psiquiátrica, uma vez que este se pauta no abandono do modelo hospitalocêntrico de cuidados, só encontra êxito a partir do estabelecimento de uma rede comunitária de serviços, extra-hospitalar^{7, 13, 21, 22, 23, 24, 25}. Em consonância, Couto, Duarte e Delgado²⁶ destacam a importância da inserção do tema da saúde mental de crianças e adolescentes na agenda da saúde mental (com a expansão da rede de CAPS infanto-juvenis), ao passo que Andrade²⁷ lista alguns avanços ocorridos em relação ao cuidado daqueles que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, no que tange às estratégias de redução de danos

e à difusão da rede de CAPS ad. Silva, Melo e Esperidião²⁸, ao analisarem dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, comprovam a notável ampliação da rede comunitária instalada. Observam que:

"(...) um dos principais avanços na área tem sido o aumento regular e progressivo, nos últimos anos, especialmente a partir de 2002/2003, da cobertura assistencial em saúde mental. Os dados apresentados retratam o aumento dos serviços substitutivos, a franca superação do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, com a significativa redução de leitos psiquiátricos nos últimos anos, além da mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos"²⁸

Tenório⁷, Luzio e Yasui²⁹ e Delgado³⁰ ressaltam que tal expansão só foi possível a partir de uma revisão da política de financiamento dos serviços de saúde mental, uma vez que esta possibilitou a migração de recursos da rede hospitalar para o cenário de cuidados comunitários. Nessa linha, Gonçalves, Vieira e Delgado³¹, em publicação que empreende uma análise do financiamento e dos gastos federais entre 2001 a 2009, destacam o avanço ocorrido, uma vez que a saúde mental vislumbrou um crescimento real de recursos investidos.

Em paralelo às ações de expansão da rede comunitária e da revisão do investimento financeiro, Rodrigues, Brognoli e Spricigo³², Bezerra Jr.⁶, Costa et. al.¹⁷, Pinho et. al.³³, Bosi, Carvalho, Ximenes, Melo e Godoy² e Campos, Onocko-Campos e Del Barrio³⁴ pontuam a relevância e o sucesso obtido na transformação dos paradigmas, das práticas clínicas e das modalidades de cuidado ofertadas pelo novo modelo, em direção a novas apreensões da relação entre técnicos e usuários, além de inovações nas formas de concepção e intervenção na assistência em saúde mental.

Portanto, é possível concluir com Pitta¹¹, quando a autora sintetiza os avanços ocorridos:

"O sucesso da Reforma reside na percepção da necessidade da construção de um amplo espectro de cuidados para sustentar a existência de pessoas/usuários/pacientes que, sem isso, estariam condenados a perambular pelas ruas abandonados, ou a vegetar em manicômios em longas internações. Foram criados serviços capazes de ser uma referência institucional permanente de cuidados (os CAPS), serviços residenciais terapêuticos e outros serviços ambulatoriais de referência. Foram incorporados ao campo da saúde cuidados e procedimentos tais como renda (o auxílio Reabilitação De volta pra casa, Lei Federal), trabalho protegido (Programa geração de renda e trabalho, MS/MT), lazer assistido (Pontos de cultura, MINC/MS) e outras formas de intervenção intersetorial ampliada. É constituída uma rede de atenção psicossocial que diz respeito à própria existência do sujeito assistido"¹¹

Desafios e barreiras encontrados no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira

No que diz respeito aos desafios encontrados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira em sua implantação e desenvolvimento, foi encontrado um bloco multifacetado e plural de fatores. Dentre eles, é possível sublinhar três temas centrais, cujas citações se apresentaram de maneira mais abundante e contundente: remetem a aspectos da superação do estigma social relacionado à loucura, dos processos de trabalho das equipes, e o aprimoramento de aspectos de gestão.

Diversos autores^{23, 24, 30, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41} convergem ao indicar que o estigma social enfrentado pelo louco ainda é um elemento de extrema relevância no que concerne às possibilidades de avanço da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, Luzio e Yasui²⁹ apontam a importância do desenvolvimento de ações junto à sociedade, com o objetivo de se atenuarem tais efeitos estigmatizantes:

"Tais ações devem ter como objetivo produzir mudanças no imaginário social acerca da doença mental, da loucura, da anormalidade e da periculosidade do louco, bem como dos serviços de Saúde Mental enquanto um mero depósito de "doentes mentais"²⁹

Em adição, Paranhos-Passos e Aires⁴² observaram, a partir de estudos em um CAPS baiano, que a reinserção social dos usuários carece de maior efetivação, de maneira que esse processo ainda não encontrou sucesso nos espaços para além dos CAPS. Muitos se encontram excluídos e estigmatizados no próprio ambiente familiar, além de permanecerem à margem dos espaços de atividade produtiva.

No que se refere aos processos de trabalho, Nunes, Jucá e Valentim⁴³ mostram a existência de uma lacuna entre as diretrizes político-assistenciais e a realidade encontrada nos serviços. Este hiato, por sua vez, pode ser evidenciado por meio dos cenários de frequentes reinternações psiquiátricas (*revolving door*), e da pouca articulação entre as redes intra e intersetoriais, etc.²². Certos autores destacam que a presença de determinadas lógicas de cuidado próprias do contexto manicomial (práticas engessadas, burocratizadas e institucionalizadas) ainda faz parte do cotidiano dos serviços comunitários^{10, 14, 25, 33, 35, 44,}

⁴⁵. Como exemplo, Alverga e Dimenstein³⁷ observam que:

"Desse modo, inquieta-nos o fato de que, uma vez capturados em algum nível por essa lógica manicomial, as equipes inseridas nos serviços de saúde mental podem, sem dar-se conta, reproduzir a institucionalização e, portanto, afirmar o manicômio, atendendo, assim, "aos interesses de sobrevivência dos hospitais psiquiátricos" (Barros, 2003, p.198). Partimos do princípio de que formas manicomiais de

expressão ou de subjetividade permeiam todo o espaço-tempo, atravessam nossas ações"³⁷

Ainda, Oliveira e Alessi³, e Jardim, Cartana, Kantorski e Quevedo⁴⁶ alertam que, por muitas vezes, profissionais se veem sustentando práticas de cunho disciplinar, baseadas em preceitos de moralidade, com vistas à manutenção do controle e da ordem social.

Em paralelo, Antunes e Queiroz⁴⁴, Wetzel, Kantorski e Souza⁴⁷, Costa, Vianna e Silveira-Kurimoto⁴⁸, Severo, L'Abbate e Onocko-Campos⁴⁹ sublinham a presença e força da psiquiatria de vertente biomédica no contexto das equipes de saúde mental. Sobre essa questão, Gama, Onocko-Campos e Ferrer⁵⁰ argumentam que é possível evidenciar, no seio de procedimentos terapêuticos, a existência de duas concepções técnico-assistenciais, sem que haja uma reflexão das contradições que suscitam: de um lado, há um modelo que vislumbra a doença mental por meio de um foco ampliado, que por sua vez desconstrói o saber psiquiátrico tradicional, apostando em ações de reabilitação psicossocial; por outro, tem-se uma postura classificatória, normatizadora e biologizante, cuja intervenção se pauta na extinção dos sintomas pela via da medicação. Em consonância, práticas de redução do cuidado a procedimentos medicalizantes e de cunho estritamente farmacológico são abordadas e analisadas por Jardim, Cartana, Kantorski e Quevedo⁴⁶, Silva, Melo e Esperidião²⁸, e Campos, Onocko-Campos e Del Barrio³⁴.

Assim, para a qualificação da assistência e a subsequente superação de tais vias de retrocesso, torna-se primordial a expansão das pesquisas científicas e da disseminação da cultura avaliativa nos serviços, em parceria com o ambiente acadêmico e universitário^{28, 51}. Soma-se a isso, a necessidade de se adequar e expandir ações de capacitação e formação dos profissionais, que emerge como um grande desafio a ser enfrentado^{4, 6, 37, 38, 52, 53}. Em relação a este ponto, Berlinck, Magtaz e Teixeira¹² argumentam que:

"(...) o ensino universitário brasileiro ainda não se adaptou a essa política pública, havendo uma defasagem entre formação universitária e os requisitos advindos da prática. Finalmente, o sistema universitário tende a oferecer um ensino geral e abstrato que é rico de conteúdo, mas que ignora, em grande parte, as especificidades da Reforma Psiquiátrica e o trabalho que, nesse âmbito, vem sendo realizado."¹²

No que tange aos desafios derivados de processos de gestão, foram encontrados temas como a precarização das condições de trabalho (precariedade dos vínculos dos trabalhadores e da estrutura física das unidades de saúde mental)^{5, 23, 28, 41, 54}, as dificuldades para ampliação do acesso³⁷, e para a ampliação da articulação intra e intersetorial^{6, 26, 38, 46} como importantes barreiras a serem superadas. A estas, se adicionam os desafios relativos ao financiamento e custeio dos serviços extra-hospitalares^{40, 53, 55}, que dizem respeito, entre outros fatores, ao

acompanhamento de como e onde os recursos são gastos, como também ao risco do sub-financiamento das ações em saúde mental^{31, 56}. Existem ainda impasses de ordem regional, como observam Luzio e L'Abbate¹⁴, acerca de determinados municípios nos quais o desafio remete menos à desconstrução do cenário asilar e hospitalocêntrico (visto que não contavam com tais dispositivos), mas sim ao desenvolvimento de uma rede comunitária, até então inexistente.

Por outro lado, é necessário avançar também em aspectos específicos do processo da Reforma Psiquiátrica, como em direção a uma maior interlocução entre a saúde mental e os contextos de vulnerabilidade social e violência^{41, 49}, bem como o enfrentamento mais consistente dos desafios colocados na relação entre a atenção psicossocial e o setor judiciário, com relevo para o diálogo com os dispositivos de cumprimento de medidas socioeducativas e com os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico^{6, 45, 57, 58}. Couto, Duarte e Delgado²⁶ destacam a necessidade de que seja pautada, de maneira efetiva, a agenda da política de saúde mental para crianças e adolescentes, assim como a expansão dos serviços infanto-juvenis e a conscientização dos gestores locais e regionais acerca dos problemas de saúde mental desta população. Em relação à política de saúde mental para o abuso de álcool e outras drogas, os entraves atuais mais contundentes gravitam em torno da criação das *comunidades terapêuticas*, que se apresentam como estratégias de forte apelo social, embora sigam diretrizes contrárias àquelas preconizadas pela reforma psiquiátrica e pelos CAPS ad, no que tange ao cuidado comunitário e territorial^{11, 24, 27}. Já no que se refere à desinstitucionalização, em especial aos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Furtado⁵⁹ e Fassheber e Vidal⁹ argumentam que o número de tais dispositivos implantados ainda se encontra aquém do necessário. Definem os principais obstáculos para a ampliação desta rede, elencando as dificuldades de financiamento (em garantir o acesso e o emprego dos recursos), o baixo envolvimento do gestor local do SUS com o tema, a necessidade do desenvolvimento de novas formas de gestão deste serviço (compatíveis com suas peculiaridades), o baixo envolvimento dos profissionais de saúde mental e o estigma (que cria barreiras à implantação de SRTs em determinados locais das cidades). No tocante à articulação entre a atenção psicossocial e a Estratégia de Saúde da Família, Amaral⁶⁰, Bezerra Jr.⁶, Nunes, Jucá e Valentim⁴³ observam a necessidade de estreitamento de laços e potencialização do trabalho conjunto, com o objetivo de constituir uma rede de cuidados integral.

Por fim, Borges e Baptista⁸ apontam que, até então, o movimento reformista tem se debruçado sobre o que chamam de "aspectos externos" do processo, entendidos como a constituição dos serviços e das redes de saúde. O desafio passa a ser então adicionar ao

cotidiano da reforma a análise de seus "aspectos internos", uma vez que dizem respeito àqueles voltados "(...) para a gestão do trabalho de cuidado, para o espaço que os usuários e a comunidade ocupam nessa gestão, para a porosidade do técnico e de sua ação às singularidades espaço-temporais"⁸. Isso implica a necessidade de se efetuarem avaliações sistemáticas dos processos de cuidado, integradas com as ações de um órgão propositor das políticas oficiais de saúde mental (no caso, a Coordenação Nacional de Saúde Mental). Entretanto, as autoras destacam como fundamental a importância da participação dos trabalhadores na formulação das políticas, evitando o risco de centralização nas esferas de coordenação.

Na esteira da discussão acerca da participação social nos ambientes gestores, Oliveira e Conciani⁶¹ e Dallari¹⁶ indicam que o incremento de ações participativas da sociedade emerge como um fator decisivo em contextos nos quais a gestão local parece desfavorável ou pouco eficiente na implantação e desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica. Contudo, avaliam a partir do estudo de algumas experiências em Cuiabá (MT), que os espaços formais de participação social encontram-se esvaziados e carentes de potência política, de modo que outros espaços "informais e marginais" acabam por se constituir em paralelo a tais ações. Esta visão vai ao encontro dos estudos de Rodrigues, Brognoli e Spricigo³², quando observam que o desenvolvimento de ações participativas, como as associações de usuários e familiares, ainda caminha de forma lenta no Brasil. Isso ocorre sobretudo por seus problemas de natureza estrutural (carência de recursos), além do cenário heterogêneo apontado por Souza⁶², quando indica a existência de associações de familiares pró e contra a reforma disputando a arena política em questão. Em adição, tal participação muitas vezes é comprometida, no que concerne aos familiares, pela experiência de intensa sobrecarga vivida por estas pessoas, fato que ainda merece melhor apropriação por parte das equipes e serviços da rede de atenção psicossocial^{63, 64, 65}.

Estratégias Úteis para a Implementação e Desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica

Nesta seção será descrita a percepção oriunda da literatura científica acerca das estratégias que se mostraram úteis na implementação e desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Para a bibliografia pesquisada, ações no âmbito da gestão compõem parte significativa das estratégias exitosas: autores como Wetzel, Kantorski e Souza⁴⁷, Quinderé e Jorge⁶⁶ e

Luzio e Yasui²⁹ indicam a descentralização da saúde, em direção aos estados e municípios, como um elemento fundamental não somente para a constituição do SUS, como também para a consecução do movimento reformista da saúde mental. Observam, ainda, a relação de que tal descentralização produziu novos fluxos de financiamento, contribuindo positivamente para o processo. Costa et. al.⁶⁷, ao se debruçarem sobre o tema, realçam, entre outros fatores, que:

"A institucionalidade do processo decisório no espaço público brasileiro ofereceu à agenda da reforma condições de implantação nos Municípios dos novos formatos organizacionais, por meio da imitação, dos incentivos financeiros e pela bem sucedida defesa das vantagens sobre o modelo hospitalar e asilar dominante nas décadas passadas. As portarias setoriais indutivas, reforçadas e acolhidas pela Lei 10.216/2001, transformaram a agenda da reforma psiquiátrica, localizada em cidades pioneiras, em uma política pública nacional. A adesão horizontal dos Municípios foi muito favorecida pela cooperação federativa acumulada pela pactuação do SUS. Nesse sentido, a descentralização federativa favoreceu ao projeto de justiça distributiva na saúde mental."⁶⁷

Em relação aos recursos, Delgado, Gomes e Coutinho¹⁹, Oliveira e Conciani⁶¹ e Gonçalves, Vieira e Delgado³¹ ratificam seu poder estratégico quando observam que, por meio da política de financiamento operada pelo Ministério da Saúde, "(...) os gestores estaduais e municipais incorporaram a tendência de desospitalização na assistência psiquiátrica motivados pela garantia do financiamento privilegiado para as ações extra-hospitalares"⁶¹, embora Simon e Batista⁶⁸ apontem a necessidade de uma melhor articulação entre os três entes federativos, no que tange a seu aprimoramento.

Nesse sentido, diversos autores destacam que fatores como a decisão política, apoio e comprometimento dos gestores, apoio das variadas esferas de gestão, a importância de se contar com um cenário político favorável e um ambiente gestor participativo e democrático são condições primordiais para o avanço de uma política de saúde mental^{3, 7, 13, 15, 41, 44, 56}.

Por outro lado, ações como iniciativas de trabalho protegido, ampliação das interfaces com dispositivos de cultura e lazer e de reabilitação psicossocial^{6, 9, 23, 48, 50, 69}, a colaboração com a Economia Solidária⁷⁰, a articulação entre os serviços de saúde mental e serviços da Atenção Primária (Atenção Básica)^{14, 28, 38, 48, 71}, o comprometimento dos profissionais com a mudança de modelo^{10, 39, 52}, a expansão das pesquisas científicas no campo (sobretudo pesquisas avaliativas, com a participação de usuários e familiares)^{5, 33} e a participação das universidades^{12, 15} surgem como empreendimentos e iniciativas muito bem avaliados.

A literatura indica ainda alguns instrumentos que se mostraram muito úteis no processo de reforma. Dentre eles, podemos citar aqueles se direcionam aos processos de desospitalização: Tenório⁷ e Luzio e L'Abbate²⁹ sublinham que a imposição de regras e limites à internação hospitalar colaborou de forma relevante para a consecução de tais metas. Oliveira e Conciani⁶¹ e Valadares e Souza⁴¹ abordam as contribuições oriundas das políticas

de redução de leitos, de forma que Furtado⁵⁹ ressalta, em especial, o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (PRH), como motivadora da diminuição progressiva e planejada das camas em hospitais psiquiátricos. Ramos, Guimarães e Enders²²; Silva, Melo e Esperidião²⁸ atribuem relevo a projetos de avaliação das redes hospitalares e dos CAPS, a partir do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares e Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) e o Programa Nacional de Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial (“Avaliar CAPS”). Sobre isso:

“O PNASH, como instrumento de gestão possibilita um diagnóstico pormenorizado das instituições apontando os problemas graves na assistência. Como consequência, tem servido também para maior regulação da rede conveniada, instituindo padrões de qualidade de assistência para, no mínimo, induzir a diminuição de práticas abusivas e invasivas com os pacientes com transtornos mentais. Enfim, o PNASH dá subsídios para a melhora na condução da gestão pública sobre os serviços contratados, quando possibilita a supervisão hospitalar em instituições que, muitas vezes, sequer eram conhecidas pelos gestores, criando inclusive o mecanismo de descredenciamento de hospitais que não atinjam os critérios mínimos de qualidade da assistência exigida.”⁷²

Outro instrumento utilizado para a prática de desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil remete ao Programa de Volta pra Casa, instituído pela Lei nº 10.708/2003^{11, 30, 41, 59}. Consiste na prestação de auxílio financeiro mensal, no valor atual de R\$ 420,00 (quatrocentos e vinte reais), para pacientes egressos de instituições asilares, com histórico de dois ou mais anos de internação psiquiátrica ininterrupta. Tal recurso foi fundamental na reinserção social desses sujeitos, seja no ambiente familiar, seja em outros dispositivos, como os residenciais terapêuticos.

Aos fatores já mencionados, somam-se diversas experiências exitosas. No âmbito da clínica, Onocko-Campos, Passos, Palombini, Santos, Stefanello, Gonçalves et. al.²³ destacam o caráter inovador das experiências de Gestão Autônoma de Medicação (GAM). Severo, L’Abbate e Onocko-Campos⁴⁸ indicam a relevância do dispositivo de Supervisão Clínico-Institucional nas unidades de saúde mental, enquanto Neves, Dimenstein, Paulo, Nardi, Bravo, Galvão et. al.⁷¹ incluem a importância das práticas de apoio matricial na implementação e expansão dos cuidados em saúde mental na rede intrassetorial.

No que concerne ao rol de serviços comunitários, destacam-se, em paralelo aos CAPS, os Centros de Convivência e Consultórios de Rua^{22, 30}, além dos Serviços Residenciais Terapêuticos, por todo seu potencial apresentado na efetivação dos processos de desinstitucionalização^{41, 59}. Ainda sobre o SRT:

“Destaca-se, em especial, por ser um dispositivo facilitador no processo de reabilitação do paciente que deixa o hospital após uma internação prolongada. Inseridos em uma residência, os pacientes reconstróem, nesse novo espaço, sua identidade, e tecem diariamente uma nova rede social. Dessa forma, pode-se

conceber esse serviço como uma ponte entre o hospital e a comunidade. Além de deslocar a assistência do hospital para o território, permite também a criação de uma nova relação entre a loucura e a sociedade." ⁹

Considerações Finais

Conclui-se que a Reforma Psiquiátrica Brasileira alcançou avanços consideráveis. O ambiente político favorável encontrado no final da década de 1980 (em termos da redemocratização do país, promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde), agregado ao ativismo dos movimentos sociais e de trabalhadores, além da construção de um arcabouço normativo favorável, serviram como solo fértil para a germinação das bases do novo modelo clínico/político de cuidados em saúde mental. A implantação e desenvolvimento de uma rede comunitária, que surge como sistema substitutivo ao cenário hospitalocêntrico até então hegemônico, configura uma realidade de âmbito nacional, cujo conjunto de ações e serviços persiste em pleno regime de expansão.

Contudo, vislumbra-se uma gama de desafios a serem ainda enfrentados, sobretudo no que tange à atenuação do estigma social da loucura, o aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão e administração das redes de cuidado, seu financiamento, bem como no que diz respeito à constante revisão, avaliação e problematização dos processos de trabalho das equipes.

Por fim, destacamos o surgimento de experiências exitosas e inovadoras (relativas a dispositivos clínicos, assistenciais e a instrumentos de gestão), assim como o reconhecimento de estratégias úteis, desenvolvidas no escopo do gerenciamento das redes, das ações de desinstitucionalização, e de consolidação da política de saúde mental.

II – Sobre o Processo de Desinstitucionalização

A iniciativa de analisar o tema da *Desinstitucionalização* em separado se deve a uma tentativa de investigar as estratégias empreendidas para a substituição do modelo de cuidado asilar pelo da atenção comunitária em saúde mental no Brasil, obedecendo aos eixos previamente adotados: Avanços; Barreiras ou Obstáculos; e Estratégias Úteis. Para tal, efetuou-se uma busca nas bases *Bireme* e *SciELO*.

Buscou-se pelo descritor "desinstitucionalização" na base *Bireme*, tendo sido encontrados 3.725 artigos. A fim de refinar a busca, adicionou-se também a palavra "mental", obtendo-se um total de 3.392 artigos. A partir de um recorte que compreendesse o contexto brasileiro, utilizando-se o filtro "País/Região, com o assunto: Brasil", encontraram-se 125 artigos na base *Bireme*. Destes foram retirados os artigos repetidos, com data de publicação anterior ao ano 1990 e artigos em inglês que possuíssem um correlato em português, restando um total de 88 artigos. A leitura dos títulos propiciou a exclusão de 21 artigos que não possuíam relação direta com o tema da desinstitucionalização: trabalhos específicos de determinadas áreas profissionais, nos quais o tema da desinstitucionalização era abordado de maneira indireta, ou ainda publicações que se referiam ao processo da Reforma Psiquiátrica de modo mais amplo. Analisou-se, deste modo, um total de 67 publicações desta base.

A base *Bireme* não inclui todos os artigos disponíveis na base *SciELO*, sendo necessário refazer a busca nesta plataforma com a palavra-chave "desinstitucionalização". Visto que o resultado de tal busca concentrou apenas artigos relacionados à experiência brasileira, não houve necessidade de adição de outros descritores ou filtros. Assim, foram encontrados 86 artigos. Destes, 7 foram excluídos por possuírem ano de publicação anterior a 1990 e 18 por se tratarem de repetições de artigos já encontrados na pesquisa realizada na base *Bireme*, restando, assim, um total de 61 artigos. Após verificação dos títulos, retiraram-se ainda 20 artigos que não possuíam relação direta com o tema da desinstitucionalização, obedecendo aos mesmos critérios anteriormente descritos. Por fim, foram analisados 41 publicações da base *SciELO*.

Por fim, foi empreendida a revisão de todos os 108 resumos (67 + 41) encontrados no somatório das publicações de ambas as bases, de modo que foram selecionadas **59 publicações** consideradas de maior relevância para a análise do processo de desinstitucionalização brasileiro.

TABELA 2 – Revisão de Literatura sobre Desinstitucionalização

	DESCRITOR	FILTROS	NÚMERO DE ARTIGOS
BIREME	“Desinstitucionalização + Mental”	Total	3.392
		País/Região como assunto: Brasil	125
		Seleção Inicial de artigos	67
SCIELO	“Desinstitucionalização”	Total	86
		Ano/Repetição de artigos na Bireme	61
		Seleção Inicial de artigos	41
SELEÇÃO FINAL			59

Avanços na Desinstitucionalização

A literatura pesquisada aponta para avanços expressivos no processo de desinstitucionalização no cenário nacional, com significativas transformações no que tange à qualidade de vida e à afirmação da cidadania dos usuários^{56, 73, 74, 75, 76, 77, 78}. Diferentes autores destacam experiências concretas e bem-sucedidas de desinstitucionalização, tais como as ocorridas nos Hospitais Psiquiátricos de Paracambi (RJ)⁷⁹, Carmo (RJ)⁸⁰, Rio de Janeiro (RJ)⁸¹, Barbacena (MG)⁸², Porto Alegre (RS)^{83, 84}, respectivamente.

Em paralelo, a implantação de uma rede comunitária, substitutiva ao contexto hospitalar, e a consolidação de aparatos normativos se mostram como fundamentais para a efetivação de tal política⁵⁹. Dentre os dispositivos que se destacam como iniciativas potentes de reinserção social estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Estes serviços servem de base para a sustentação da rede de cuidados aos pacientes (seja por meio da reintegração familiar, ou pelo ingresso em um SRT), promovendo o amparo à vulnerabilidade social proporcionada pelos longos períodos de internação aos quais tais pacientes foram submetidos. Os dispositivos residenciais terapêuticos são compreendidos na literatura pesquisada como uma resposta efetiva, singular e inovadora para a aproximação de tais sujeitos a suas comunidades e cidades, e mesmo às famílias, construindo possibilidades efetivas de combate à segregação e de pertencimento social, que eram impedidas pela lógica asilar a que estavam submetidos^{21, 85, 86, 87, 88, 89}.

O CAPS, compreendido como o local de tratamento, reabilitação e via de acesso à reinserção social, desempenha função importante de suporte institucional^{90, 91, 92}. Uma das proposições dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços substitutivos de

assistência à saúde mental de base comunitária e territorial, é a intervenção no contexto de vida dos usuários, buscando explorar os recursos existentes para a viabilização dos projetos terapêuticos, os quais devem possibilitar transformações concretas no cotidiano⁹³.

Os efeitos positivos que a implantação dos dispositivos comunitários, em substituição ao modelo asilar, promoveram em termos de qualidade e melhoria do cuidado aos usuários e seus familiares são amplamente difundidos nos artigos consultados. Estudo sobre moradores de residências terapêuticas conclui que “[...] *pacientes desospitalizados apresentam melhora na autonomia, na interação social, no nível global de funcionamento e na qualidade de vida*”⁸². Ainda que muitas das disposições ansiadas pela reforma não tenham encontrado seu pleno desenvolvimento, é consenso entre os autores o valor positivo atribuído à mudança do modelo e às práticas inovadoras que lhe são correlatas.

Desafios relativos ao processo de desinstitucionalização

Observa-se que, no início do processo de desinstitucionalização, sobretudo nos anos 90, o debate em torno da reversão do modelo era permeado de controvérsias, baseadas em temas como a redução de leitos e risco da desassistência, além das incertezas quanto à capacidade de se instalar uma rede efetivamente substitutiva^{21, 94, 95, 96}.

Verificou-se nos artigos científicos analisados que a desinstitucionalização é tomada como um projeto em andamento, ainda não concluído. Estudos destacam que “*um dos obstáculos atuais à Reforma Psiquiátrica é a ausência de uma rede assistencial ágil, flexível e resolutiva*”⁹⁷. Parente, Mendes, Souza, Silva, Silva, Parente⁹⁴ registram o risco de frequentes reinternações, fenômeno conhecido como *revolving door*, ao qual os pacientes egressos de longas internações se encontram expostos, pela falta de planejamento e devida assistência no processo de saída do asilo, aliada à ausência de uma rede extra-hospitalar suficientemente operante, bem como de suporte e acompanhamento do usuário por parte da equipe técnica e em parceria com as famílias⁹⁸. São enfatizadas por Wagner, Fleck, Wagner e Dias⁹⁹ as dificuldades impostas pelo prejuízo relativo à autonomia dos pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos, no que tange ao funcionamento social.

Em adição, identifica-se uma série de entraves para a execução do projeto de desinstitucionalização, tanto pelo limite do suporte governamental para seu pleno funcionamento, quanto pelas dificuldades inerentes à implantação de dispositivos estratégicos que garantam os princípios básicos do cuidado⁵⁹. Os CAPS, dispositivos estratégicos na

criação de uma rede de suporte para pacientes egressos de longas internações, apresentam problemas relativos à flexibilidade de seus processos de trabalho na consecução de tal meta^{37, 100, 101, 102, 103, 104}. Alerta-se para a existência de desafios relacionados à sustentabilidade das direções de trabalho que vêm imprimindo as características determinantes do processo de desinstitucionalização no Brasil⁹⁶. Estes dizem respeito à possível ocorrência de um reducionismo de tal projeto a um simples processo de desospitalização, sem a efetiva desmontagem do hospital psiquiátrico e o necessário deslocamento da atenção em saúde mental para serviços substitutivos territoriais, integrados à rede de saúde mais ampla⁴. Ferro¹⁰⁵, em artigo acerca do trabalho territorial em hospitais psiquiátricos, aponta para a importância de desinstitucionalizar não apenas estes hospitais, mas também a assistência como um todo, no conjunto de suas ações e práticas. Em outro estudo realizado no período de 2000 a 2007, constata-se que o número de leitos de saúde mental em hospitais gerais disponíveis no Rio Grande do Sul obteve um crescimento exponencial (1.5 leitos por 10 mil habitantes), de maneira que o número de internações em tais dispositivos cresceu 170% durante este período⁹⁸. Entretanto, tais camas possuem taxa de ocupação efetiva muito baixa, enquanto os hospitais psiquiátricos demonstram altas taxas de permanência, no que tange ao tempo de internação (200% maiores, em relação aos hospitais gerais). Os autores concluem que há uma necessidade de se expandir o número de leitos em hospitais gerais em 30 a 50%, assim como a demanda de capacitação dos profissionais, no sentido de ampliar os níveis de utilização de tais dispositivos em comparação aos hospitais psiquiátricos.

Andreoli, Almeida-Filho, Martin, Mateus e Mari⁵⁵, em estudo baseado no instrumento Autorização de Internação Hospitalar (AIH), entre 1995 e 2005, apresentam a hipótese de que a reforma psiquiátrica tinha como objetivo a redução de custos para o Ministério da Saúde, e apontam as restrições que afetam o financiamento em saúde. Houve contestação a este artigo, por utilizar apenas a fonte AIH¹⁰⁶, mostrando um aumento real do financiamento da saúde mental a partir de 2002, concordando todos os autores, entretanto, com a insuficiência do financiamento existente, que representa cerca de 2,5% do total do SUS, opondo-se a uma recomendação da OMS de que o financiamento mínimo seja 5% do total de gastos em saúde³¹. Sobre serviços da rede comunitária, Ferreira, Coimbra, Kantorski e Guedes⁸⁶ destacam que estes se apresentam como elementos fundamentais no resgate da autonomia e promoção de inclusão social dos pacientes egressos de longas internações. Entretanto, um importante desafio remete à necessidade de se promover a expansão das redes sociais de tais usuários para além dos aparatos da saúde mental, de forma que outras possibilidades de laço possam ser tecidas nos diversos espaços e dispositivos sociais⁸⁶. Em paralelo, Amorim e

Dimenstein comentam¹⁰⁷ sobre o risco de que tais serviços acabem por reproduzir a lógica manicomial, quando não conseguem refletir acerca da desconstrução das formas rígidas e hegemônicas do morar e do cuidar¹⁰⁷. Batista e Nobre¹⁰⁸ alertam para o mesmo perigo, no que diz respeito à governabilidade e o exercício de poder inerente às funções estatais, pontuando as possibilidades de resistência a estas práticas.

Dentre as principais barreiras apontadas pela literatura, a dificuldade em aproximar as pessoas com extensos períodos de internação psiquiátrica à comunidade e a seus familiares emerge como fator de grande destaque¹⁰⁹. Em relação às famílias, observa-se que os pacientes de reinternações psiquiátricas reconhecem o apoio recebido por seus familiares¹¹⁰ (sobretudo no que tange às questões práticas e afetivas), embora destaquem os limites impostos por tais cuidados, em relação ao não entendimento sobre o transtorno mental e no tocante ao excesso de zelo e proteção, que se confunde com privação de liberdade. Nesse sentido, alguns autores¹¹¹ sugerem a implantação de programas de treinamento de habilidades sociais nos serviços de saúde mental, com o objetivo de desenvolver e potencializar a prestação de cuidados. Outro estudo¹¹² adiciona ao debate do cuidado de tais usuários o tema da gerontologia, no que diz respeito à necessidade de um olhar diferenciado para idosos portadores de transtornos mentais. Ainda, a incorporação dos saberes produzidos pelos familiares no processo do cuidar ainda carece de maior incorporação nas práticas de saúde mental¹¹³.

Estratégias úteis ao processo de desinstitucionalização

A revisão desenvolvida pôde fornecer indícios acerca de estratégias úteis para a implementação de ações de desinstitucionalização.

A existência de uma rede de cuidados comunitária, que se estabeleça como alternativa assistencial em relação às unidades psiquiátricas hospitalares tradicionais é apresentada como fator preponderante para o sucesso do projeto em questão^{86, 87, 102}. Diz respeito à implantação e ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial, de Serviços de Residências Terapêuticas, de programas de Inclusão pelo Trabalho e de Economia Solidária^{114, 115, 77}, bem como o progresso referente às políticas de financiamento previdenciário (LOAS e outros dispositivos de apoio previdenciário). Observa-se também um destaque da literatura acerca do trabalho de Acompanhamento Terapêutico, compreendido como estratégia para a reconstrução dos laços sociais do sujeito, em interação com o cenário comunitário^{116, 117, 118, 119, 120}. Em paralelo,

outros autores¹²¹ enfatizam o papel dos projetos relacionados a atividades artísticas como possibilidade de criação de novas formas de sociabilidade no cotidiano urbano.

Ainda sobre o SRT, observa-se que tal experiência se caracterizou como um elemento possível de construção e transformação social no campo de saúde mental e como um dispositivo de sociabilidade, suporte mútuo e de ação concreta no tecido social, na comunidade^{85, 122}. Como instrumento de extrema relevância para a consecução dos projetos de retorno familiar ou alocação e dispositivos de moradia assistida, o Programa De Volta Pra Casa se apresenta como estratégia de muita utilidade, uma vez que a provisão de recursos financeiros é fundamental para a sustentabilidade do custeio da vida fora do hospital¹²³. Dada a importância deste programa, o De Volta para Casa, e seu impacto no imaginário coletivo da experiência brasileira de desinstitucionalização, chama a atenção que a literatura revisada (constituída por artigos publicados em periódicos) apresente apenas um único trabalho que aborda especificamente este tema.

CAPÍTULO 2

AVANÇOS E BARREIRAS NA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E NA IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS COMUNITÁRIOS: ANÁLISE DOS DADOS

CAPÍTULO 2

AVANÇOS E BARREIRAS NA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E NA IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS COMUNITÁRIOS: ANÁLISE DOS DADOS

2.1. Introdução. Métodos. Ações prioritárias para análise

O período estudado inicia-se com a aprovação da lei 10216/2001, que foi seguida pela implantação de medidas estratégicas de gestão, visando enfrentar coordenadamente os dois desafios: redução dos leitos/desinstitucionalização e criação de rede de serviços comunitários⁸. Para este capítulo, foi realizado levantamento: a) dos atos normativos produzidos, com breve análise de seu impacto, selecionando-se aqueles que se revelaram efetivos; b) dos dados oriundos do SUS sobre leitos hospitalares, serviços comunitários implantados, financiamento das ações; c) de documentos analíticos produzidos no âmbito da gestão e das Conferências Nacionais de Saúde Mental (2001 e 2010); d) da literatura científica revisada.

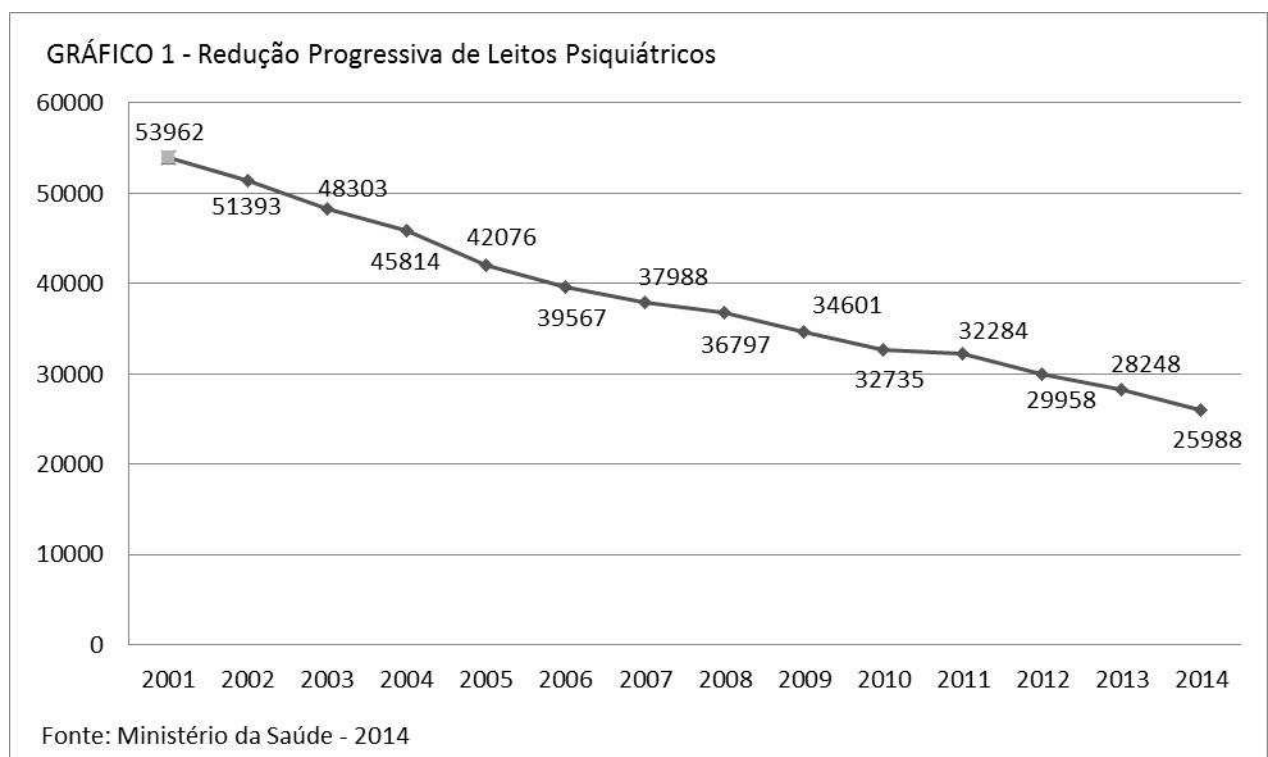
Este capítulo é dividido em duas partes: *Desinstitucionalização e Implantação de Serviços Comunitários*. Foram analisados dados relacionados às ações consideradas prioritárias em cada um destes eixos. Assim, em *Desinstitucionalização*, receberam destaque os componentes de redução de leitos hospitalares, criação de serviços residenciais terapêuticos, mudança regular do perfil dos hospitais psiquiátricos, pacientes de longa permanência e Programa de Volta para Casa.

No item *Implantação de Serviços Comunitários*, os componentes destacados para análise foram: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ações de saúde mental na atenção primária, ambulatórios de saúde mental, serviços de saúde mental nos hospitais gerais, centros de convivência & cultura, iniciativas de geração de trabalho & renda.

2.2. Desinstitucionalização. Mudanças ocorridas no marco hospitalar e alternativas assistenciais para pacientes de longa permanência

2.2.1. Redução de leitos psiquiátricos

No período estudado, ocorreu uma redução de 27.974 leitos em hospitais psiquiátricos (Gráfico 1). De maneira gradual e regular, foram reduzidos, em média, 2.000 leitos anualmente.

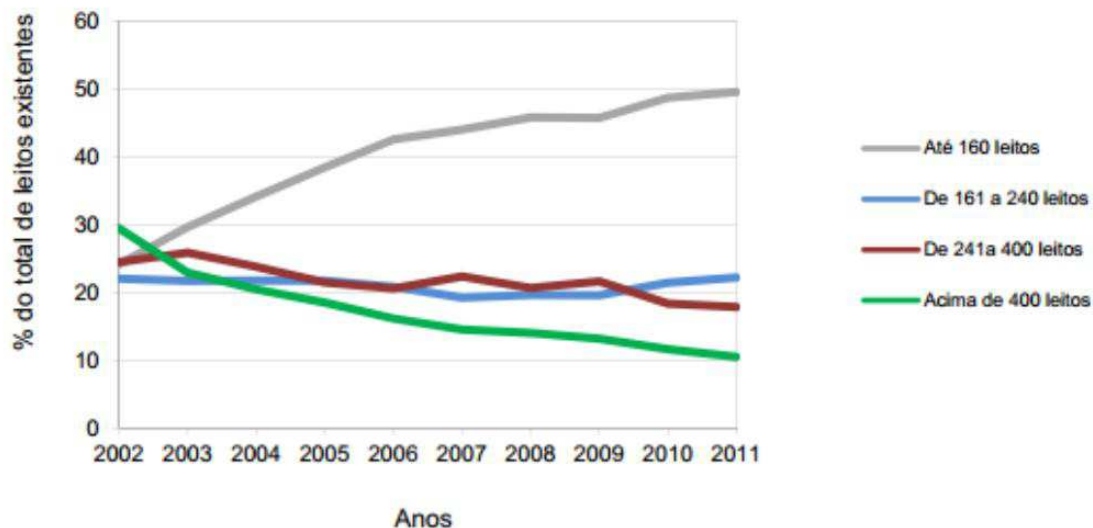


Deve ser ressaltado que o processo de redução de leitos deu prosseguimento às mudanças iniciadas na década anterior, a partir de 1992. Na década de 1990, as vistorias técnicas realizadas pelo recém-instituído SUS determinaram o fechamento de inúmeros hospitais psiquiátricos que não cumpriam requisitos mínimos de funcionamento, ou que tinham sido objeto de denúncias sobre desrespeito aos direitos humanos, em um processo que foi designado como “desospitalização saneadora”¹²⁴. A intervenção na realidade degradante de grande número de hospitais psiquiátricos apoiou-se em amplo movimento social, que defendia a humanização do atendimento psiquiátrico e a mudança do modelo hospitalocêntrico de atenção; este movimento resultou na aprovação da lei da reforma psiquiátrica, em 2001.

A partir de 2001, com o apoio da lei 10.216 e o respaldo político da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no mesmo ano, iniciou-se um programa de redução programada de leitos, e ações especificamente direcionadas aos pacientes de longa permanência, como a implantação de residências terapêuticas.

A partir de 2004, uma nova sistemática é introduzida, a partir de pactuação com o Conselho Nacional de Saúde, através da qual ficava assegurado que os recursos financeiros correspondentes ao pagamento de leitos pelo SUS seriam reinvestidos, pelos municípios implicados, na rede comunitária de saúde mental. A mesma pactuação introduzia um mecanismo de redução gradual de leitos, por módulos assistenciais (unidades de 40 leitos), definidos entre o gestor local do SUS e o hospital contratado, assegurando-se uma remuneração progressivamente maior para leitos em hospitais progressivamente menores. Este mecanismo assegurou, ao longo dos anos seguintes, não apenas uma mudança do perfil dos hospitais (que se tornaram cada vez de menor porte, e com número menor de pacientes de longa permanência), mas, principalmente, um ritmo seguro e gradual para a redução de leitos. O Gráfico 2 mostra, com dados anuais, esta mudança do perfil dos hospitais, no âmbito do processo de redução consistente e regular do total de leitos.

GRÁFICO 2 – Mudança do Perfil e Porte dos Hospitais



Fonte: Ministério da Saúde, 2011. Em 2002-2003, SIH/SUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais. A partir de 2004, PRH/CNES e Coordenações Estaduais

Entre 2002 e 2011 (dados disponíveis até 2011), os macro-hospitais com mais de 400 leitos, que concentravam 30% do total de leitos, passaram a representar 10,5% do total. Os hospitais de pequeno porte, de até 160 leitos, que concentravam, em 2002, apenas 22% dos

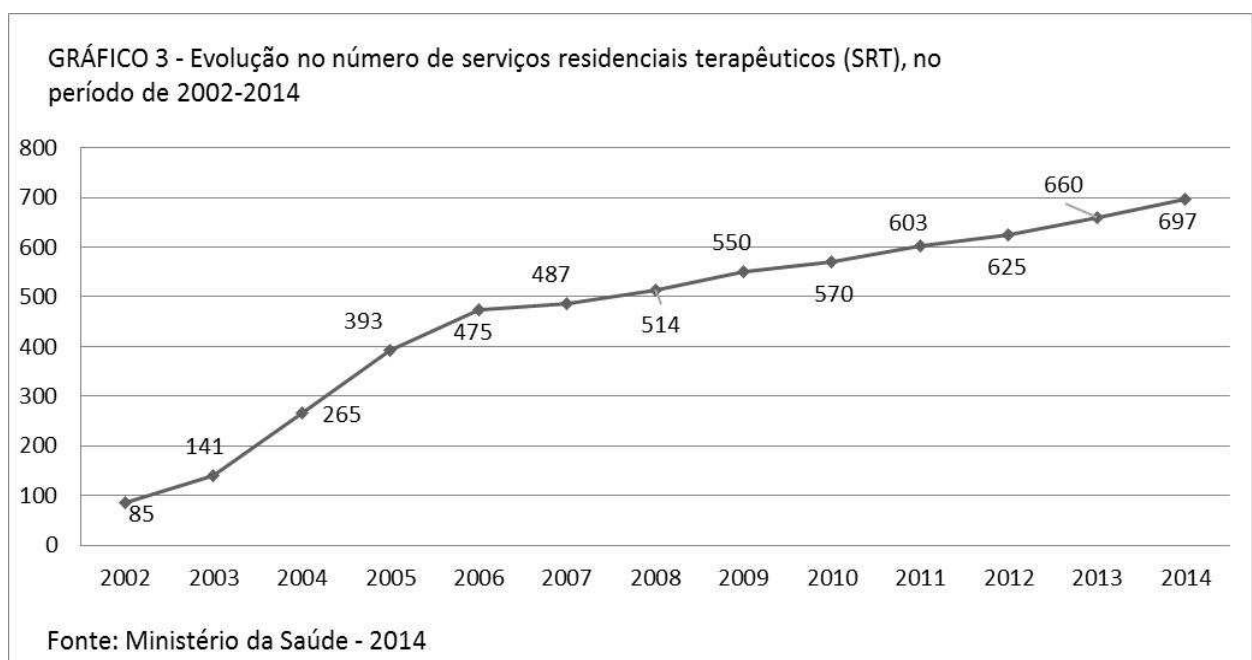
leitos, passaram a representar, em 2011, 52% do total de leitos. Isto significou que a redução progressiva de leitos se fez de forma ordenada, transformando macro-hospitais em hospitais de pequeno porte. Para a estratégia de desinstitucionalização, era importante estabelecer uma gradualidade e planejamento da redução de leitos, através da mudança induzida do porte dos hospitais.

Residências terapêuticas

Incorporadas como dispositivo do SUS em 2000ⁱ, os serviços residenciais terapêuticos (SRT) tornam-se o recurso mais importante para a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência. Apesar de já existirem, sob nomes diversos, importantes experiências isoladas de casas para pacientes egressos, foi a partir de sua formalização como recurso da saúde pública que estes dispositivos passaram a se expandir.

Pela normatização estabelecida, cada SRT poderia abrigar até 8 (oito) pacientes. Em 2004, havia 265 serviços residenciais, com 1.363 moradores (5,2 moradores por SRT, em média)ⁱⁱ. Neste ano, realizou-se, no município de Paracambi, RJ, sede de um macro-hospital que chegou a ter 1.500 internos, um Congresso Brasileiro de Residências Terapêuticas, que reuniu as experiências existentes até aquele momento e debateu as tecnologias em curso nos serviços que estavam em processo de implantação.

O Gráfico 3 mostra a evolução no número de serviços residenciais terapêuticos (SRT), no período de 2002-2014.



Se considerarmos a média de 6 moradores por serviço, podemos estimar que 4.180 usuários estão vivendo hoje em SRT. O número atual, entretanto, ainda está abaixo das necessidades do processo de desinstitucionalização. O ritmo de implantação anual é de 30 serviços residenciais, muito abaixo das necessidades decorrentes do fechamento de leitos, se levarmos em consideração que de 80 a 90% dos pacientes de longa permanência não contam com suporte familiar para retorno a sua casa.

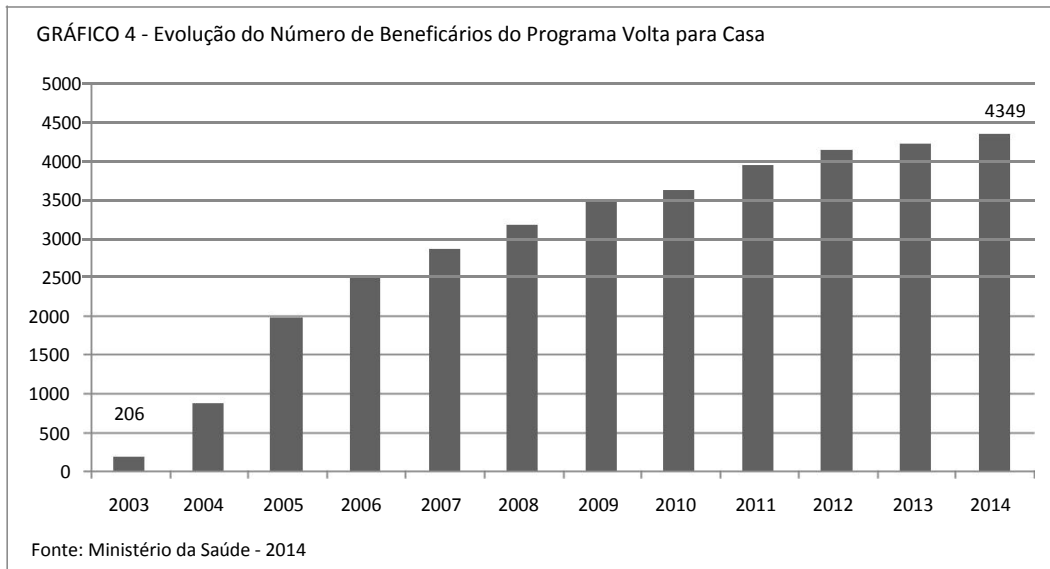
Censo realizado com 6.349 pacientes moradores (tempo de permanência maior que 01 ano de hospitalização) apontou que, em sua maioria (87%), os pacientes de longa permanência não possuíam mais vínculos familiares ou possibilidade de morar em outras residências ou serviços de acolhimento, sendo necessário que contassem com vagas em SRT para um exitoso processo de desinstitucionalização¹²⁵.

Com base nisto, podemos estimar que ainda é necessária, nesta etapa do processo de desinstitucionalização, a implantação de maior número de SRTs, especialmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Paraná e Minas Gerais.

Programa De Volta para Casa

Este programa foi criado, através de lei nacional aprovada no Congresso, em agosto de 2003, e destina um apoio financeiro (no valor de 412 reais ao mês) aos pacientes desinstitucionalizados, que estejam internados há pelo menos 01 (hum) ano ininterruptamente. Além disso, a lei determina à autoridade local de saúde pública a obrigação de assegurar ao beneficiário do programa o acesso ao CAPS, a um profissional de referência para acompanhamento no território (sendo 01 profissional para 15 beneficiários, no máximo), e apoio para resolução de problemas de documentação civil (parte expressiva dos pacientes institucionalizados não dispunham mais de documentos de identidade, tendo sido realizados mutirões, com apoio da Secretaria Nacional de Direitos Humanos, para recuperação da documentação dos usuários).

O programa teve um importante impacto no processo de desinstitucionalização, tendo gerado a simpatia e adesão da população, gestores e familiares de outros pacientes.



O Gráfico 4 apresenta a evolução do número de beneficiários do Programa de Volta para Casa, desde o primeiro grupo de pacientes beneficiados, em dezembro de 2003.

Análise do Programa De Volta para Casa

Este programa vem cumprindo uma função decisiva para a mudança da realidade institucional dos pacientes de longa permanência, tendo obtido uma grande legitimidade entre profissionais, usuários e familiares. As experiências mais significativas e desafiantes de desinstitucionalização tiveram neste programa uma estratégia de ação efetiva, garantindo a sustentabilidade das condições de vida extra-asilar dos beneficiários. O programa é relativamente de baixo custo: o componente do subsídio mensal (bolsa-auxílio de reabilitação psicossocial) tem um custo de 19 milhões de reais ao ano (2013)ⁱⁱⁱ. Existe importante material iconográfico (fotos, cartazes e vídeos) sobre o De Volta para Casa, mas é notável, em contraste, o baixíssimo número de artigos de avaliação sobre esta estratégia, conforme verificado na revisão da literatura.

Principais obstáculos para a desinstitucionalização psiquiátrica

A análise e descrição dos processos locais de desinstitucionalização apontam alguns obstáculos relevantes:

- 1) dificuldades para a gestão e direção clínica dos serviços residenciais, que envolvem um acompanhamento muito próximo e ações complexas de promoção da autonomia de pacientes que viveram longos anos no regime asilar;
- 2) insuficiência do financiamento específico para a desinstitucionalização (em dezembro de 2014, o Ministério da Saúde instituiu um novo financiamento para equipes de acompanhamento territorial dos pacientes egressos, iniciativa que pode vir a ter impacto positivo a partir de 2015^{iv});
- 3) fragilidade da rede comunitária local para acolher os pacientes egressos;
- 4) resistência dos hospitais à redução de leitos e programação de altas dos pacientes, que vem se atenuando à medida que a mudança de modelo de atenção se consolida;
- 5) contextos sociais de vulnerabilidade e violência urbana, que dificultam o acolhimento dos egressos na comunidade, como ocorreu no projeto Morada São Pedro, de Porto Alegre (RS);
- 6) pequeno número e fragilidade organizativa de instituições não-governamentais (de familiares, usuários, direitos humanos, de práticas de “recovery”), capazes de apoiar a reintegração social dos usuários.

O vetor da neo-institucionalização como obstáculo relevante

É importante considerar as tendências de institucionalização oriundas da política de assistência social (através de abrigos), de álcool e outras drogas (através das comunidades terapêuticas) e do sistema socioeducativo (através das internações de adolescentes que cometem delitos). Um ponto a merecer melhor avaliação é o do sistema penal, onde devem ser examinados dois componentes: o sistema de medidas de segurança (hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico) e a presença de portadores de transtornos mentais severos em meio à população prisional.

A expansão dos planos de saúde (medicina complementar), com regulação estatal de baixa efetividade, tem acarretado um aumento nas internações psiquiátricas em estabelecimentos privados, sendo este um componente do vetor de neo-institucionalização que necessita de melhor avaliação.

Sobre o sistema de medidas de segurança, censo realizado em 2011 identifica 3.986 pacientes internados em 26 estabelecimentos do tipo manicômio judiciário (hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico), que representa número estável, se considerarmos as séries históricas¹²⁶, sendo, entretanto, uma população em que o desafio da desinstitucionalização é

especialmente difícil. É preciso registrar também a presença, em menor número, de pacientes que cumprem medida de segurança (dispositivo judicial aplicado a pacientes mentais que cometem delitos e são considerados inimputáveis) no interior do próprio sistema penal^V. Ainda não existem estudos consistentes sobre a presença de pacientes com transtornos mentais severos que cumprem pena (e não medida de segurança) no sistema penitenciário brasileiro, mas certamente trata-se de problema relevante para o tema da desinstitucionalização.

A assistência social é a principal parceira da desinstitucionalização entre as políticas intersetoriais. A existência de benefícios sociais (como aqueles assegurados pela Lei Orgânica da Previdência Social – LOAS) é componente decisivo para assegurar a integração social dos usuários, e o suporte das famílias. Entretanto, é necessário avaliar mais detidamente o papel representado pelos abrigos da assistência social na institucionalização de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais graves¹²⁷. Do mesmo modo, os abrigos para idosos podem representar um caminho de neo-institucionalização, preocupação já expressa em documento de consenso da OMS¹²⁸.

Consumo de substâncias e institucionalização

No caso de álcool e outras drogas, o componente de inflexão da política instituído a partir de 2009, como resposta governamental ao aumento do consumo de crack entre jovens em áreas urbanas vulneráveis e degradadas, passou a incluir um marcado vetor institucionalizante. Observa-se uma tendência de aumento na proporção das institucionalizações compulsórias e/ou involuntárias devidas ao consumo de álcool e de outras drogas. Este fenômeno foi identificado nos hospitais psiquiátricos, em serviços de abrigamento para crianças e adolescentes, mas especialmente nas comunidades terapêuticas. Em 2010, foram financiados 895 leitos nestas instituições, via edital conjunto do Ministério da Saúde e da Justiça. Com o lançamento do *Programa Crack é possível vencer* por parte do governo federal, em 2011, passou a ocorrer uma ampliação regular do número dessas vagas, através de financiamento público. Dados de 2014 mostram que a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Ministério da Justiça, financia atualmente 8.500 vagas em comunidades terapêuticas. Em sua quase totalidade de filiação religiosa, tais instituições adotam práticas terapêuticas que incluem o isolamento e a longa permanência, o que significa uma tendência de retomada da institucionalização como forma de cuidado, em substituição a abordagens comunitárias, reconhecidamente mais efetivas²⁵.

Apesar dos esforços de integração intersetorial entre a saúde e a política de Direitos Humanos, que se desenvolvem desde 2006, para abordar de forma adequada a questão do sofrimento mental de jovens em cumprimento de medidas socioeducativas, os avanços obtidos são muito pouco expressivos. Neste período, ampliou-se na sociedade a cultura de institucionalização de jovens em conflito com a lei, que se expressam, entre outras formas, nas petições por redução da maioridade penal. Estudos sobre a prevalência de jovens com transtornos mentais na população interna do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) precisam ser mais aprofundados, porém já apontam a necessidade urgente de intervenções mais efetivas da saúde mental⁴⁵.

Merece melhor investigação o aumento de internações financiadas por seguro-saúde, que têm baixa regulação e tempo médio de permanência elevado, e poderiam eventualmente estar contribuindo para a tendência de neo-institucionalização, no contexto brasileiro recente.

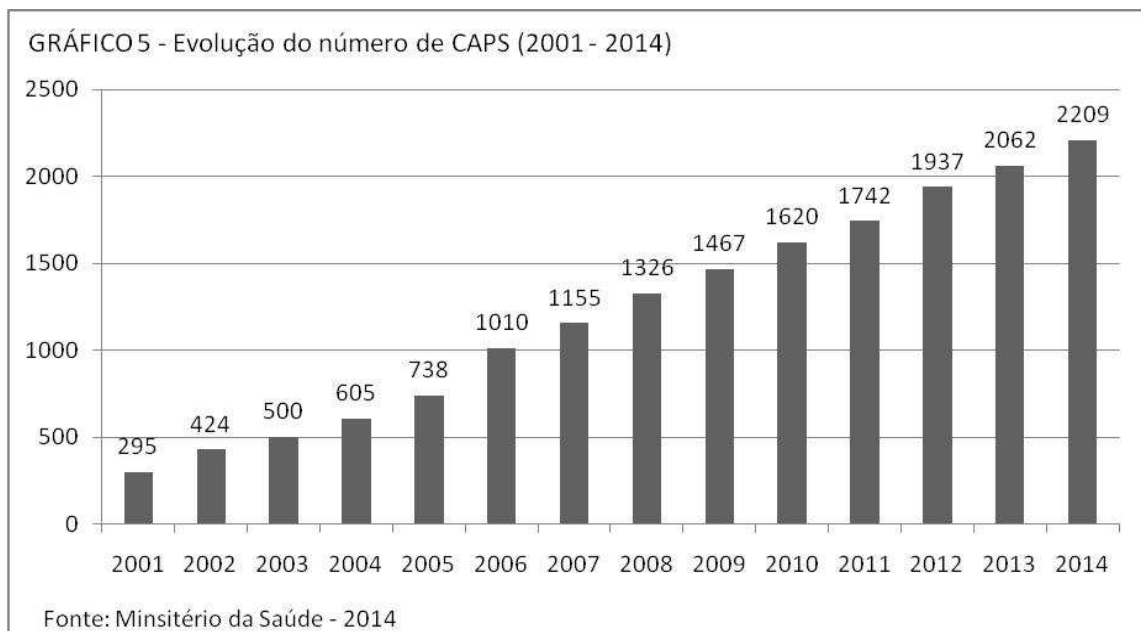
2.3. Saúde mental comunitária: implantação da rede territorial de serviços

2.3.1. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os CAPS são serviços comunitários estratégicos, destinados ao atendimento de pacientes portadores de transtornos mentais graves e persistentes de uma determinada área de abrangência. Esta área de cobertura varia de 15.000 a 20.000 pessoas, para a o equipamento de menor porte, até 150.000, para os CAPS-III, serviços mais complexos, que funcionam 24 horas por dia, 7 dias na semana. Além do atendimento dos pacientes, é função do CAPS articular-se com a atenção primária em seu território, realizando ações de matriciamento e cuidado colaborativo. A colaboração com outras políticas públicas em seu território – especialmente Assistência Social, Educação e Sistema de Garantia de Direitos – é também tarefa do CAPS. A partir de 2002, foram introduzidos na rede de saúde do SUS os CAPS destinados a crianças e adolescentes (CAPS-i) e aos pacientes com transtornos relacionados ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas (CAPS AD), e estabelecidos os tipos de CAPS, segundo porte e complexidade (CAPS-I de 15.000 a 50.000 habitantes, aproximadamente; CAPS-II de 50.000 a 100.000, e CAPS-III para municípios ou territórios com população superior a 100.000/150.000 habitantes)^{vi}. Em 2010, através do Plano Crack, foi regulamentada a modalidade CAPS AD III, de funcionamento 24 h e capacidade de acolher pacientes agudos em leitos de internação breve. Em 2011, uma regulamentação do

Ministério da Saúde (Portaria 3088/2011, republicada em 2013) estabeleceu as articulações que os CAPS deveriam constituir com os demais dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sempre em uma perspectiva de territórios de atuação.

O Gráfico 5 mostra a evolução do número de CAPS, de 2001 a 2014. Os números referentes a 2001 representam serviços de uma mesma modalidade (destinados a pacientes adultos, funcionando em tempo parcial). A nova configuração dos serviços introduzida em 2002, além de especificar as equipes profissionais mínimas por tipo de CAPS, e definir mais claramente sua responsabilidade territorial, significou também o início da oferta mais sistemática de atendimento em saúde mental a crianças e adolescentes e a usuários de substâncias psicoativas no âmbito do SUS.



Alguns pontos chamam a atenção na curva de incremento anual dos CAPS. Ocorrem diferenças no incremento dos diferentes tipos de CAPS, como se pode ver na Tabela 3.

TABELA 3 - Tipo de CAPS por ano (2001 - 2014)

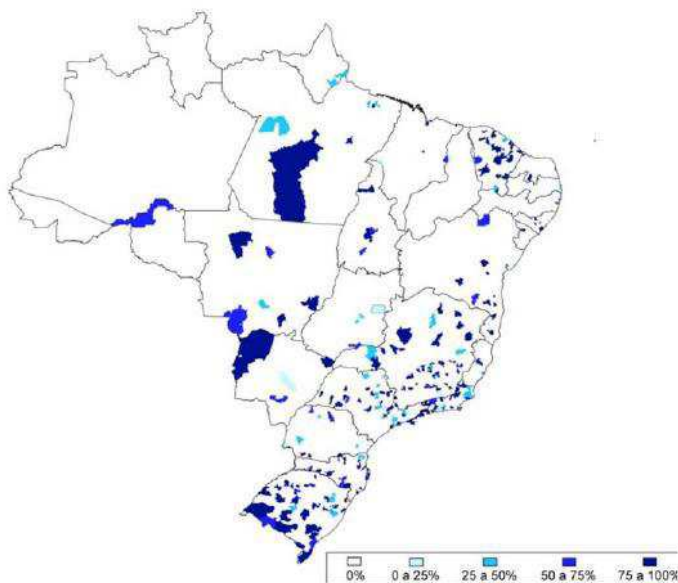
Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS _i	CAPS ad	CAPS ad III	Total
2001	-	-	-	-	-	-	295
2002	145	186	19	32	42	-	424
2003	173	209	24	37	57	-	500
2004	217	237	29	44	78	-	605
2005	279	269	32	56	102	-	738
2006	437	322	38	75	138	-	1010
2007	526	346	39	84	160	-	1155
2008	618	382	39	101	186	-	1326
2009	686	400	46	112	223	-	1467
2010	761	418	55	128	258	-	1620
2011	822	431	63	149	272	5	1742
2012	907	464	72	174	293	27	1937
2013	978	471	78	187	301	47	2062
2014	1069	476	85	201	309	69	2209

Fonte: Ministério da Saúde – 2014

Observa-se, como obstáculo importante, o baixo ritmo de implantação anual de duas modalidades de CAPS: os serviços para crianças e adolescentes e os CAPS-III. O número total de CAPS-i, apenas 201 em dezembro de 2014, representa um importante índice de lacuna de tratamento para este segmento populacional. Já o número ainda pequeno de CAPS-III, cuja implantação, pelo custo e complexidade, é um desafio para a gestão municipal do SUS, é o principal desafio a ser enfrentado, de modo a garantir boa cobertura em municípios de médio e grande porte, isto é, acima de 200.000 habitantes (142 municípios, que representam 2,5.% do total de municípios brasileiros, e mais de 70% da população). A efetividade do CAPS-III para a cobertura em saúde mental nestes contextos urbanos está demonstrada em alguns estudos avaliativos¹²⁹.

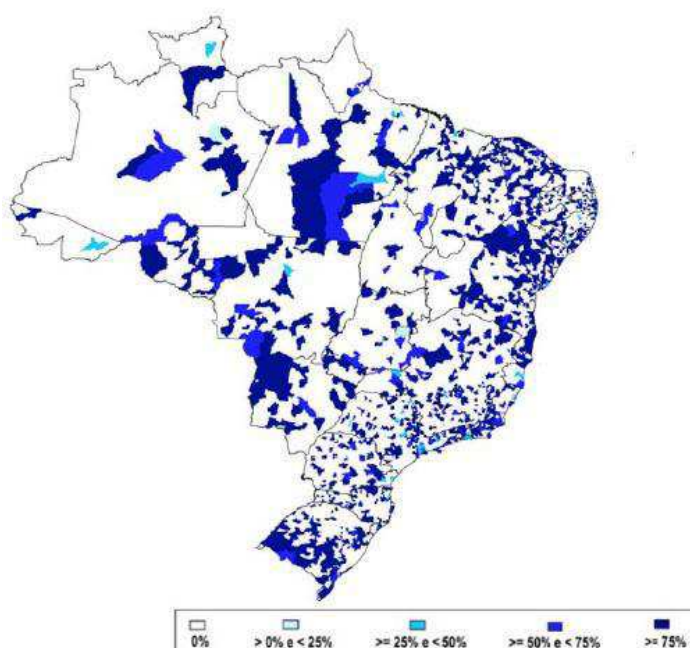
A comparação entre os mapas de distribuição dos CAPS em 2002 e 2010 ilustra o percurso da ocupação territorial do país com este tipo de serviço.

2002



Fonte: Ministério da Saúde – 2010

2011



Fonte: Ministério da Saúde – 2012.

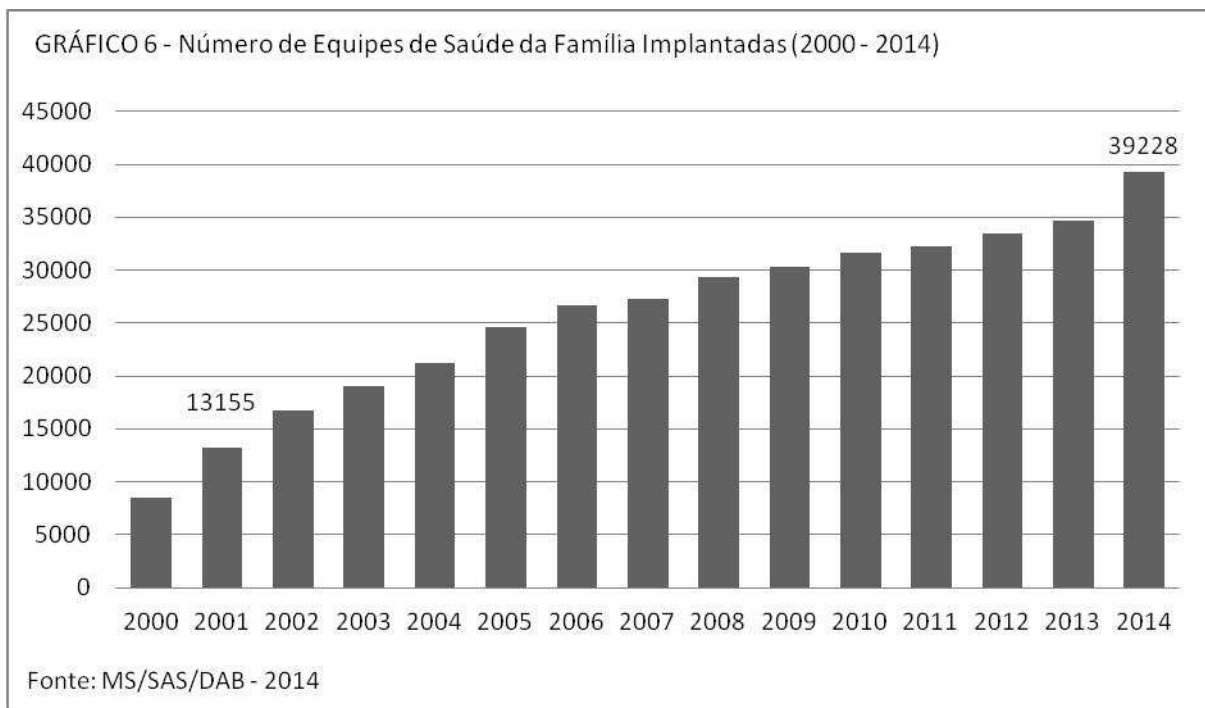
A interiorização dos CAPS está expressa em alguns números, e contribuiu para mudar o cenário de desassistência quase completa nos pequenos municípios do interior, especialmente nas regiões Nordeste e Norte, e pequenos municípios do interior de estados do Sudeste e Sul. Inicialmente um dispositivo presente apenas nas grandes cidades, em sua

expansão deslocou-se para o interior do país; assim, em 2002, 17% do total de 424 CAPS encontravam-se em cidades com menos de 50.000 habitantes (76 serviços), enquanto em 2010 esta proporção saltou para 40,36% (654, do total de 1620 CAPS em 2010)^{vii}. Com os arranjos intermunicipais estimulados pelo SUS, onde municípios de pequeno porte se agrupam para constituir um CAPS comum, é possível afirmar que a cobertura (expressa pela proporção CAPS/população) deste serviço é melhor no interior do país, em geral desassistido, do que nos grandes municípios.

Cuidados em saúde mental no âmbito da atenção primária

A estratégia de saúde da família (ESF) foi implantada no SUS em 1994, através de equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e agentes comunitários de saúde. Progressivamente, foi se consolidando como porta de entrada do sistema de saúde, e atingiu taxas de cobertura expressivas em todo o país, embora ainda inferior ao ideal (62% da população em 2014). Existem áreas, especialmente urbanas, que apresentam baixa cobertura; porém, de modo geral, este recurso assistencial está bem distribuído pelas diversas regiões do país. É característica notável do programa de saúde da família e tendência histórica da atenção primária no Brasil que os municípios de menor porte populacional apresentem melhor cobertura, e as grandes cidades (com exceções importantes) apresentem lacunas assistenciais.

O Gráfico 6 apresenta a evolução do número de equipes no período estudado. São 39.000 equipes implantadas (2014). Cada equipe é formada por no mínimo 01 médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade, 01 enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, 01 auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo responsável pelo atendimento de 1.000 famílias (ou entre 3.000 e 4.000 habitantes).

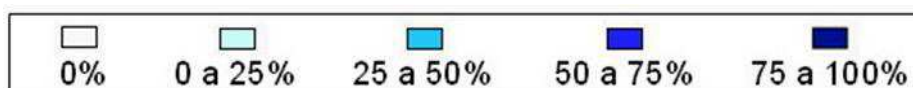
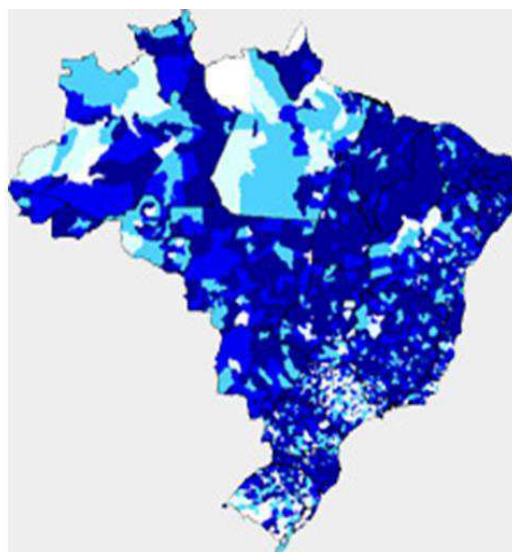
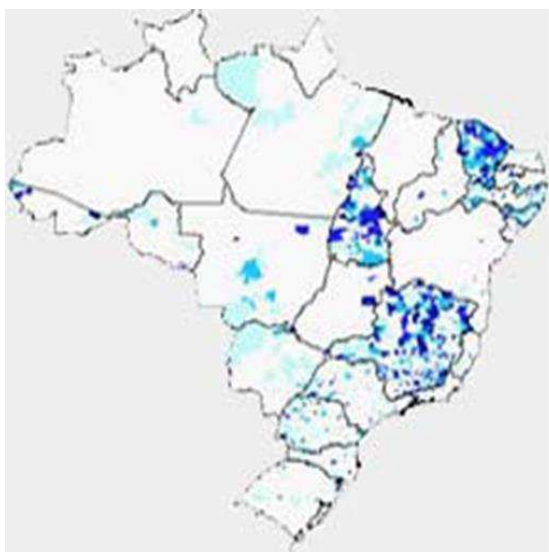


O número de equipes, embora ainda longe do desejável, vem apresentando um aumento regular e consistente, como mostram o Gráfico 6 e os mapas a seguir.

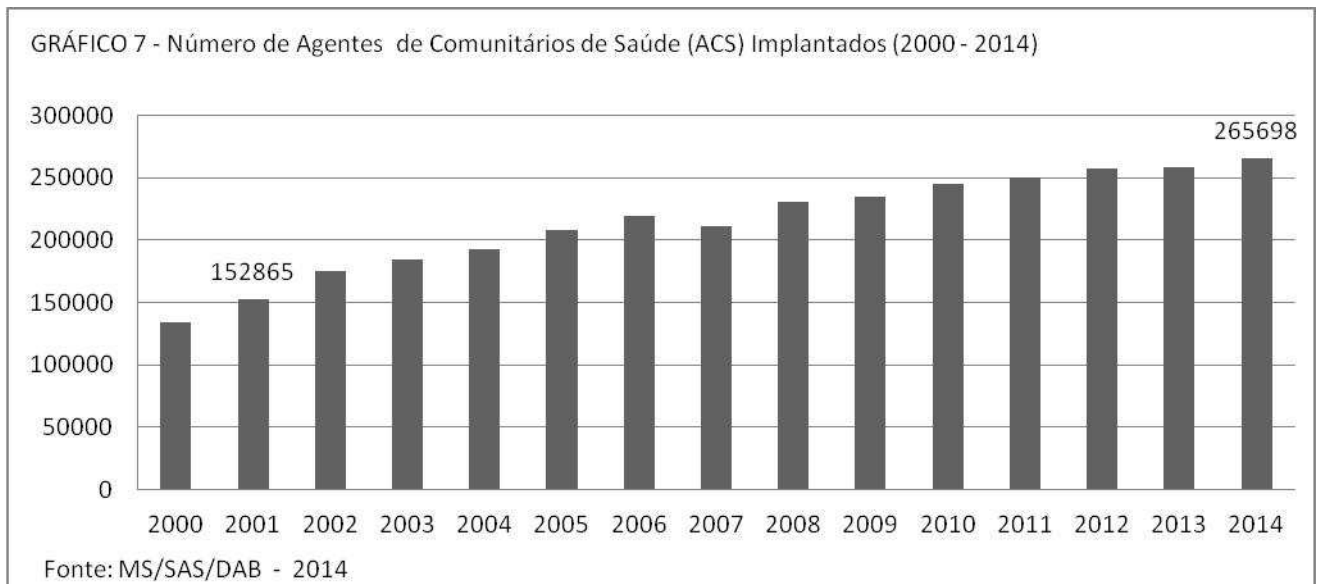
Equipes de Saúde da Família – Cobertura

1998

2009



O programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) - profissionais de nível médio, moradores da comunidade, com treinamento em ações básicas de vigilância em saúde, monitoramento de doenças crônicas prevalentes (como hipertensão e diabetes), nutrição, identificação sindrômica de agravos - foi inicialmente implantado de forma independente da Saúde da Família, mas está atualmente integrado às equipes da ESF, com tarefas específicas que incluem a visita domiciliar realizada regularmente. Inúmeros programas de capacitação de ACS estão em andamento, com resultados positivos para a ampliação da cobertura em saúde mental. O Gráfico 7 apresenta a evolução do número de agentes no período estudado.



Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a estratégia de Matriciamento

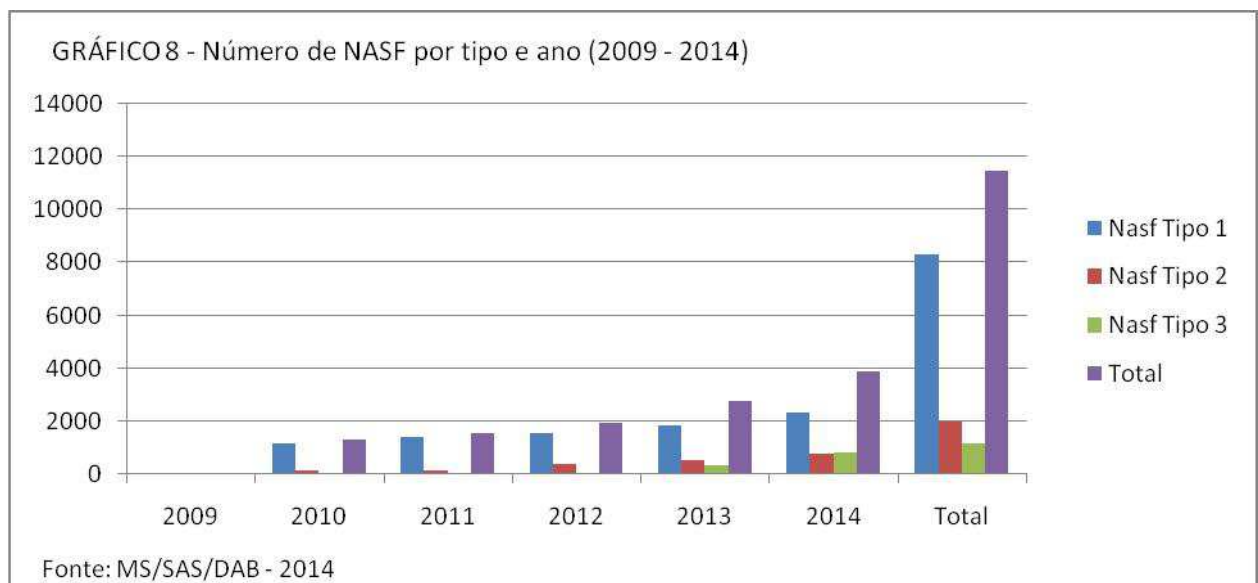
A presença de profissionais de saúde mental integrando as equipes de saúde da família ocorre apenas em alguns municípios. Mais frequentemente, as ações de saúde mental são realizadas através de ações de *matriciamento*, que incluem: cuidados compartilhados, supervisão, atendimento conjunto, ações de capacitação¹³⁰.

O matriciamento pode ser feito: através dos CAPS, por equipes volantes criadas para esta finalidade (em poucos municípios) e através dos Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASF).

Os NASF foram criados em 2008, para qualificação da ESF, incluindo profissionais de nutrição, educação física, práticas integrativas (fitoterapia e outras), recomendando-se desde o início a inclusão de um profissional de saúde mental.

A presença do NASF em um município é indicativa de que ações mais regulares e qualificadas de saúde mental na atenção primária são realizadas naquele território, embora haja relatos de baixa presença da saúde mental em alguns casos^{131, 132}.

O Gráfico 8 apresenta o número de NASF implantados, de acordo com as três modalidades (NASF 1, 2 e 3), que indicam o porte do dispositivo em termos de recursos humanos.



Pode ser observado que a presença deste dispositivo é muito insuficiente, não existindo igualmente avaliações, publicadas em periódicos, sobre a efetividade deste dispositivo em relação à saúde mental; entretanto, alguns estudos exploratórios sugerem que é uma estratégia útil a ser melhor desenvolvida¹³¹.

É importante ressaltar que, apesar de ser consensual a compreensão de que a saúde mental deve começar na atenção primária, e de que a cobertura necessária só será obtida com ações consistentes e regulares neste nível de atenção¹³³, as barreiras aqui superam decisivamente os avanços. Esta percepção está presente com muita ênfase no questionário aplicado aos diversos grupos de interesse deste campo (capítulo 4).

Recursos humanos envolvidos na saúde mental comunitária

Não existem dados completos e integralmente precisos sobre o quantitativo real de recursos humanos envolvidos nas ações de saúde mental comunitária. O crescimento dos dispositivos como CAPS e da atenção psicossocial na atenção básica veio acompanhado de uma ampla incorporação de recursos humanos à saúde mental do SUS. Vimos que ocorreu importante interiorização dos profissionais, na direção de municípios de pequeno porte.

Com base nos dados existentes do sistema de informação do SUS (DATASUS), a partir de registro do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, pôde ser realizado um levantamento aproximado dos profissionais de saúde mental que trabalham em CAPS, atenção primária e ambulatórios. A Tabela 4 apresenta estes dados, extraídos da base de dados agregados do CNES/DATASUS, para dezembro de 2014.

TABELA 4 - Profissionais de Saúde Mental de nível superior em atividade na Rede SUS - dezembro 2014

Ocupações de Nível Superior	Centro de Apoio a Saúde da Família- CASF	Centro de Atenção Psicossocial- CAPS	Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde	Clínica Especializada/ Ambulatório Especializado	Total
Assistente Social	579	3432	7576	-	11587
Bioquímico/ Farmacêutico	-	725	-	-	725
Clínico Geral	-	1080	-	-	1080
Enfermeiro	-	4460	-	-	4460
Fisioterapeuta	-	215	-	-	215
Fonoaudiólogo	-	267	-	-	267
Médico Neurologista	-	64	-	-	64
Musicólogo	-	4	-	6	10
Neuropsicólogo	-	1	-	-	1
Pedagogo	-	572	-	-	572
Pediatra	-	68	-	-	68
Preparador Físico	-	36	-	-	36
Psicanalista	-	5	-	-	5
Psicólogo	813	6853	10392	7099	25157
Psicopedagogo	-	133	-	-	133
Psiquiatra	42	3481	1659	1600	6782
Terapeuta ocupacional	124	2317	1313	2914	6668
Total	1558	23713	20940	11619	57830

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES (acesso em março de 2014) – levantamento realizado para este Relatório.

Nota: Esses dados se referem à categoria "ocupação" no CNES e guardam uma diferença a maior (em torno de 15%) na média das diversas categorias quando se utiliza a categoria "profissional". Excluído o serviço "policlínica", por apresentar dados inconsistentes.

Os dados da Tabela 5 apontam números expressivos de profissionais de saúde mental que estão incorporados ao sistema comunitário de atenção (CAPS, atenção básica/primária, ambulatoriais) destacando-se: 25.157 psicólogos, 11.587 assistentes sociais, 6.782 psiquiatras, 6.668 terapeutas ocupacionais. Nos CAPS, encontram-se 4.460 enfermeiros (além dos enfermeiros das equipes de saúde da família).

Como esta base de dados costuma apresentar discrepâncias, devidas a: a) atualização inadequada (tanto para incluir novos trabalhadores como para retirar os que deixaram os serviços) e b) alta taxa de precarização do trabalho no SUS, que envolve contratos de curto prazo, que não chegam a ser formalizados e inseridos na base de dados; resolvemos estabelecer um levantamento com o critério de "melhor estimativa", para o total de servidores de CAPS nas 5 regiões do país (de níveis de escolaridade superior e média). Os dados primários foram obtidos junto à base de dados do CNES de CAPS sorteados, por tipo e por região, e em seguidas multiplicados pelo total de cada tipo de CAPS nas 5 regiões.

TABELA 5 - Trabalhadores em atividades nos CAPS por região e tipo de CAPS - fevereiro 2015

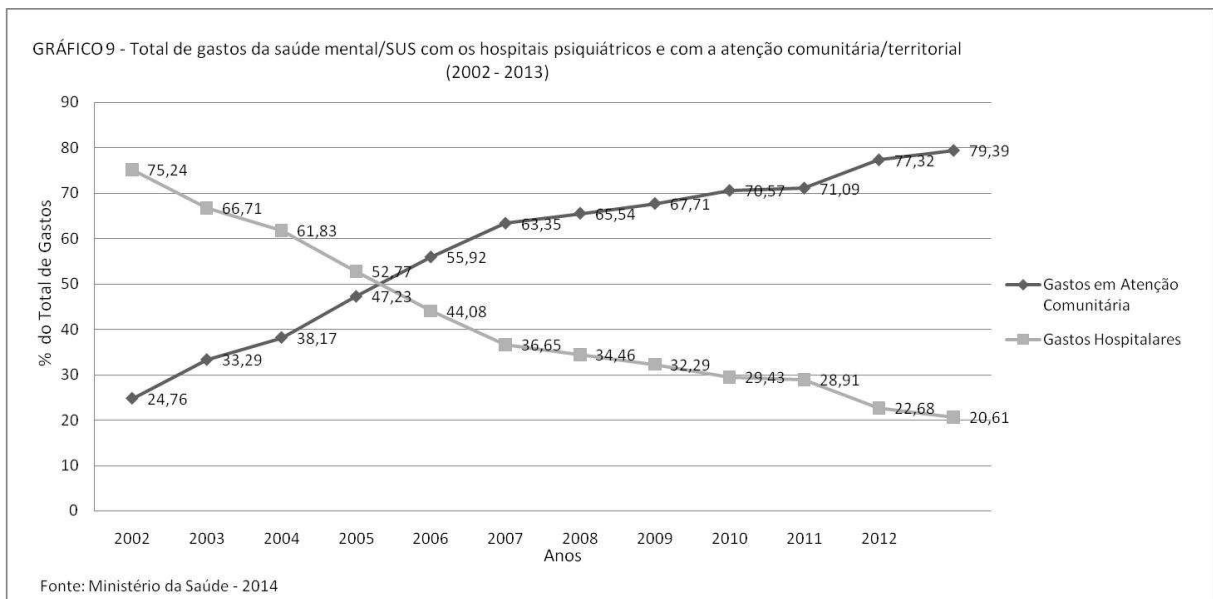
Tipo de CAPS	Região Norte	Região Nordeste	Região Centro-Oeste	Região Sudeste	Região Sul	Total
CAPS I	765	4038	864	2451	3938	12056
CAPS II	1536	2961	416	5141	1245	11299
CAPS III	235	1386	196	3350	210	5377
CAPS i	174	616	104	1288	440	2622
CAPS AD	360	1394	300	5918,5	1056	9028
CAPS AD III	220	918	330	950	340	2758
Total	3290	11313	2210	19098	7229	43140

Fonte: CNES/DATASUS dezembro 2014, extrapolado para totais por tipo e região. Estimativa.

O número total de profissionais incorporados à saúde mental comunitária é expressivo, sendo necessário estabelecer parâmetros comparativos com outros sistemas nacionais de saúde mental, para melhor avaliar a adequação e suficiência. Deve ser ressaltado, entretanto, que as taxas de precarização do trabalho (contratos provisórios, baixa remuneração) são elevadas, e constituem um obstáculo importante ao bom funcionamento da rede de atenção psicossocial.

Inversão do financiamento, com predomínio da atenção comunitária

Um dado característico do período estudado, e de grande relevância para a análise da mudança de paradigma ocorrida, é a inversão da curva do financiamento do SUS, o qual deixa de ser hospitalocêntrico a partir de 2006 (Gráfico 9). Em termos globais, entretanto, o financiamento ainda é insuficiente, para dar conta da lacuna de tratamento em um país de grandes dimensões e 200 milhões de habitantes.



Considerações Finais

De acordo com os dados apresentados, é possível extrair algumas considerações gerais acerca do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Em relação ao projeto de desinstitucionalização, observa-se uma consistente e significativa redução de leitos, iniciada ainda na década de 90, e consolidada a partir dos anos 2000. As medidas que buscaram promover a realocação dos recursos financeiros dos hospitais psiquiátricos em direção à rede comunitária, implementadas a partir de 2004, desempenharam um papel fundamental para o desenvolvimento da rede substitutiva de serviços. Entretanto, dificuldades relativas aos processos de gestão, insuficiência de financiamento específico, fragilidade dos dispositivos extra-hospitalares e a resistência dos parques manicomial à redução de leitos representam barreiras que ainda devem ser enfrentadas na efetivação da desinstitucionalização e da atenção comunitária no país.

Como problema novo, o cenário atual demanda maior atenção sobre as práticas de neo-institucionalização, sobretudo no que tange aos abrigos (campo da Assistência Social), instituições de cumprimento de medidas socioeducativas (destino de jovens em conflito com a lei) e as Comunidades Terapêuticas para a população de usuários prejudiciais de álcool e outras drogas.

Apona-se ainda a relevância dos Serviços Residenciais Terapêuticos, tidos como o principal recurso para o efetivo sucesso da desinstitucionalização, embora seja possível notar que o número de tais equipamentos disponíveis no Brasil se mostra muito aquém da real demanda. Em paralelo, os Centros de Atenção Psicossocial assumem o protagonismo do novo modelo assistencial em saúde mental, a partir da ampliação exponencial no quantitativo de tais dispositivos em todo território nacional, apesar da carência das modalidades de CAPS-i e CAPS III na composição das redes comunitárias analisadas. Da mesma forma, observa-se um importante incremento na cobertura da Atenção Primária em Saúde, no tocante às unidades de Estratégia de Saúde da Família, embora os cuidados em saúde mental em tais contextos ainda se mostrem incipientes.

Notas ao capítulo 2:

ⁱ Através das Portarias 106 e 1220/2000.

ⁱⁱ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ⁱⁱⁱ Caixa Econômica Federal, 2015. Dados referentes a dezembro 2013. ^{iv} Ministério da Saúde. Portaria 2840, de dezembro de 2014.

^v 125 pacientes em cadeia pública; 499 em penitenciária, segundo relatório apresentado pelo Ministério da Saúde à reunião ordinária do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, em 26/02/15.

^{vi} Ministério da Saúde. Portaria GM n° 336, de 19 fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União 2002; 20 fev.

^{vii} Ministério da Saúde. CNSM/AD. Saúde mental em dados n. 8. Janeiro 2011 (www.saude.gov.br)

CAPÍTULO 3

PERCEPÇÕES DOS GRUPOS IMPLICADOS A RESPEITO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E DA SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA

CAPÍTULO 3

PERCEPÇÕES DOS GRUPOS IMPLICADOS A RESPEITO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E DA SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA

Como contribuição à análise do processo de desinstitucionalização e mudança do modelo de atenção em saúde mental no Brasil, foi feita uma consulta ampliada a gestores do SUS, diretores/coordenadores de serviços de saúde mental, profissionais de saúde, profissionais de políticas intersetoriais, pesquisadores, usuários, familiares e estudantes da área de saúde. Não se construiu uma amostra estratificada, adotando-se um mecanismo de consulta ampliada de opinião, através da colaboração anônima de integrantes dos diversos segmentos implicados no tema da saúde mental pública. A metodologia seguida para tornar mais representativa esta consulta é mencionada mais adiante.

Como instrumento de coleta de dados, foi adotado o questionário “Saúde Mental: Avanços, Barreiras e Estratégias Úteis”, elaborado pela Plataforma Gulbenkian de Saúde Mental Global e OMS, e já usado para consultas semelhantes em países da União Européia, valendo-se da configuração de análise baseada em Pontos Positivos, Fragilidades, Estratégias Úteis/Oportunidades e Riscos/Ameaças (no modelo da SWOT Analysis). As limitações desta metodologia de avaliação de contexto institucional são referidas na literatura¹³⁴, e certamente ela não pode ser tomada como levantamento de opinião com validade estatística, porém como um subsídio de ampliação da auscultação do problema para um grupo maior de atores.

O questionário foi adaptado para o contexto brasileiro, conforme se verá a seguir, e compõe-se de perguntas simples e diretas, onde o respondente atribui uma nota, em escala Likert, aos Avanços, Barreiras e Estratégias Úteis que ele identifica diante das situações apresentadas.

Os resultados permitem estabelecer um diálogo com a literatura científica revisada, e com os dados descritivos sobre o processo de desinstitucionalização e implantação da saúde mental comunitária.

Metodologia. Limitações do levantamento

A pesquisa foi realizada a partir de um questionário que analisou aspectos qualitativos e quantitativos sobre a situação atual da política e serviços de saúde mental no Brasil. Para isto foram avaliados os Avanços, as Barreiras e as Estratégias Úteis relacionadas à transição

dos serviços de saúde mental para a comunidade, no âmbito do país ou da região do respondente.

O método de coleta das informações consistiu em um formulário eletrônico enviado a 276 representantes da comunidade de saúde mental com diferentes inserções na área: gestores de saúde mental, diretores de serviços, trabalhadores, membros de associações de familiares e de usuários, pesquisadores, docentes, estudantes e gestores de áreas afins. A escolha dos respondentes foi orientada por sua participação: a) em serviços de saúde mental do SUS; b) em trabalhos estratégicos ou manejo de práticas de expansão das redes de cuidado comunitário e/ou na redução de leitos psiquiátricos, c) em associações de usuários e familiares; d) em pesquisas e ações de formação diretamente ligadas à mudança do modelo em saúde mental.

O instrumento de coleta de informações foi baseado em questionário disponibilizado pela Fundação Calouste Gulbenkian, e adaptado para a realidade brasileira, sem alteração dos vetores de análise utilizados pela referida Fundação em estudo com objetivo similar. A primeira versão adaptada do questionário foi submetida a pré-teste com 25 colaboradores do campo da saúde mental no país, tendo gerado pequenas alterações no desenho final. O instrumento visou, essencialmente, elucidar a percepção da comunidade brasileira acerca da efetividade dos métodos utilizados para a expansão de estratégias de cuidado comunitárias e a redução de leitos em hospitais psiquiátricos.

Ao final, 138 pessoas responderam ao questionário, gerando uma taxa de retorno de 52%, em 7 dias de aplicação. Dos 102 gestores convidados, 40 enviaram resposta (taxa de 40,8%).

O perfil dos respondentes, Tabela 6, registra maior número de participação de docentes e pesquisadores, seguidos de gestores de saúde mental e profissionais da área.

Para a consulta aos gestores de saúde mental, utilizou-se a lista dos presentes da última reunião de Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental (MS, dezembro de 2014), que agrega coordenadores estaduais e de diversos municípios do país. A dificuldade de acessar representantes das demais comunidades ligadas à Saúde Mental para aplicação desta pesquisa se evidencia nos resultados. Não são disponíveis, de modo organizado e consolidado, as vias de acesso às associações de familiares e/ou usuários dos serviços comunitários de saúde mental, o que dificulta enormemente a tarefa de contatá-los. Para este fim, foi utilizado um cadastro de associações e grupos de familiares e usuários de saúde mental, porém, com taxa de retorno muito baixa. Trabalhadores e coordenadores de serviços de saúde mental possuem registro no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), onde não é possível ter

acesso a algum meio de comunicação pessoal, o que dificultou o envio do Questionário a um maior número de representantes dessa categoria.

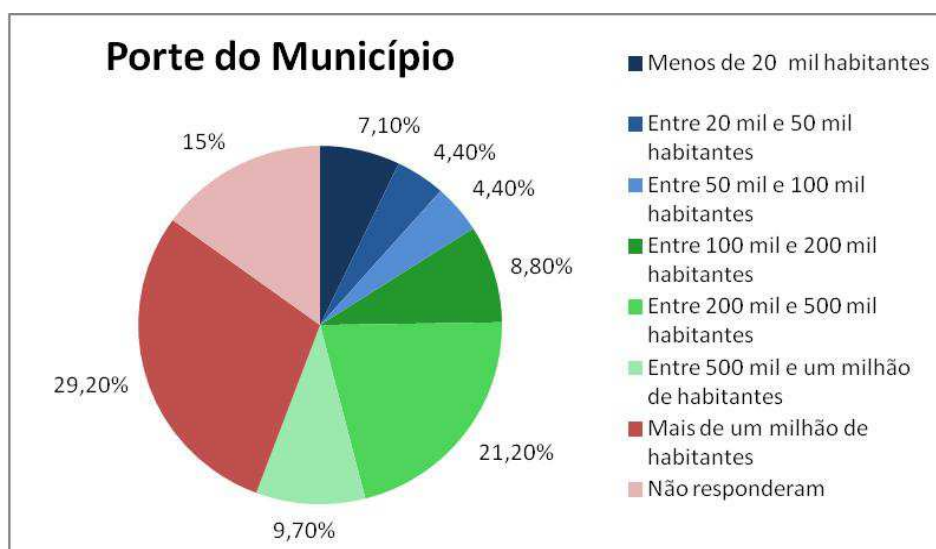
A composição final do quadro de respondentes está expressa abaixo:

TABELA 6 - Conjunto de respondentes, por grupo

Grupo a que pertence	Porcentagem (%)
Pesquisadores e docentes	24,14
Gestores de saúde mental	22,41
Profissionais de saúde mental	17,24
Diretores/Responsáveis/Coordenadores de serviços de saúde mental	9,48
Gestores de saúde (exceto saúde mental)	2,59
Outro	1,72
Outros gestores (assistência social, direitos humanos, justiça)	1,72
Outros profissionais de saúde	1,72
Membros de associações de familiares	0,86
Membros de associações de usuários	0,86
Profissionais de políticas intersetoriais: assistência, educação, trabalho, cultura	0,86
Outro – familiar	0,86
Outro - Pesquisador referente aos temas de arte, cultura e saúde mental	0,86
Outros profissionais de saúde - representação profissional	0,86
Não respondeu	13,79

Outro dado relevante é o porte do município do respondente, expresso no Gráfico 10. A grande maioria dos participantes origina-se de municípios com mais de um milhão de habitantes.

GRÁFICO 10 – Respondentes, por porte do município



Em relação à participação dos estados, os de Minas Gerais (28%) e Rio de Janeiro (27%) foram de longe os mais presentes nas respostas, seguidos de São Paulo, Rio Grande do Sul, Pernambuco e Piauí. Embora 20 estados tenham respondido ao questionário, deve ser considerado o viés de respostas predominantes dos dois estados citados, que correspondem a mais de 50% das respostas.

Os *Avanços* foram analisados em uma escala ordinal de 1 a 5 (1 = Nenhum Avanço a 5 = Muito Expressivo Avanço). Também foi utilizada a escala ordinal de 1 a 5 para analisar o impacto causado pelas *Barreiras* (1 = Nenhum Impacto e 5 = Impacto Muito Alto), assim como para as *Estratégias Úteis* para a redução das instituições psiquiátricas e desenvolvimento dos serviços comunitários (1 = Nada Útil e 5 = Muito Útil).

Resultados Quantitativos

A análise quantitativa registra a média das notas recebidas em cada uma das categorias, nas diferentes regiões do país. É apresentado também o Desvio Padrão da amostra em cada item, para fins de análise dos dados.

Avanços

A análise dos Avanços é demonstrada na Tabela 7. Os valores referentes à “Implementação de legislação nacional de saúde mental” e “Implementação de políticas, estratégias e planos, nacionais e/ou regionais, de saúde mental”, itens 1.1 e 1.2, respectivamente, destacam-se como um dos maiores avanços, juntamente com o item 1.20, “Redução do número de leitos psiquiátricos”. Estes itens receberam notas médias superiores em todas as regiões, tendo seus menores valores registrados na região Norte, 3,43 e 2,57. É importante salientar que a cobertura da rede de CAPS nesta região registra o pior índice (0,62 CAPS/100.000 habitantes).

A análise dos resultados referentes ao “Desenvolvimento de cuidados de Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde (Atenção Básica)” demonstra um resultado significativamente baixo, considerando-se que este é um dos eixos primordiais para o avanço da rede comunitária. Todas as regiões, exceto a região Sul, apresentam médias inferiores, demonstrando que a articulação entre os serviços de Saúde Mental e a Atenção Primária ainda

não é satisfatória. Em uma análise que comparou as respostas de gestores de saúde mental, gestores de saúde e diretores de serviços de saúde mental (39 respondentes para esta pergunta), e os demais Gestores, profissionais de Saúde Mental e Pesquisadores da área (53 respondentes para esta pergunta), a média também é baixa para ambas as categorias descritas, 2,74 (Desvio Padrão de 0,94) e 2,79 (Desvio Padrão de 0,77), respectivamente, significando que esta percepção é mais generalizada.

A pergunta acerca do avanço dos CAPS (1.10) obteve nota ligeiramente acima da média, 3,5, considerando as notas de todas as regiões, e uma das maiores médias para a análise da implantação de serviços comunitários no país. Fazendo um recorte das demais estratégias de implantação de serviços com base comunitária (perguntas 1.7, 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12, 1.13 e 1.16) é a maior média entre eles, aparentemente por conta do forte investimento na ampliação da cobertura de CAPS nos últimos anos.

A análise dos resultados acerca do “Desenvolvimento de serviços assertivos/equipes móveis” demonstra a lacuna de implantação de estratégias mais diretamente ligadas ao atendimento dos pacientes em seus locais de moradia ou na própria comunidade, e fora do ambiente de tratamento. Os resultados recebem notas abaixo da média em todas as regiões. Do mesmo modo, salienta-se a questão 1.16, referente ao desenvolvimento de “Vagas e/ou unidades/serviços de internação de Saúde Mental em Hospitais Gerais”, que registra uma avaliação indicativa do pouco avanço nesta área.

Em relação aos “Serviços Residenciais Terapêuticos”, potente instrumento da desinstitucionalização, as médias (item 1.21 e 1.23) indicam um avanço significativo. A diferença encontrada entre estes itens específicos, médias maiores para a questão que salienta “Programas de desinstitucionalização para pacientes de hospitais psiquiátricos por meio de serviços residenciais terapêuticos na comunidade e retorno familiar”, em comparação à “Implantação e funcionamento de serviços residenciais terapêuticos”, demonstra que o apoio aos programas de desospitalização de pacientes institucionalizados é mais significativo do que a efetiva implantação de SRTs. Para o item 1.21 são identificadas notas acima da média em quase todas as regiões, exceto na região Norte do país. O item 1.23 denota avanço abaixo da média para implantação de SRTs nas regiões Sudeste, Norte e Centro-Oeste.

De modo geral, as médias encontradas para as questões de avaliação dos avanços na desinstitucionalização e oferta de serviços comunitários são relativamente baixas, indicando o reconhecimento de progressos, mas também de desafios a serem enfrentados. Este registro é compatível com o que foi encontrado na revisão da literatura feita para este documento, que

aponta que o processo de desinstitucionalização está em curso, porém requer ainda uma série de medidas para sua plena implantação.

TABELA 7 – Valor médio das questões relacionadas aos Avanços, por Região

Avanços: Média (Desvio Padrão)	Sul	Sudeste	Nordeste	Norte	Centro-Oeste
1.1 Implementação de legislação nacional de saúde mental	3,75 (0,71)	3,58 (0,94)	3,91 (0,94)	3,43 (1,13)	3,75 (0,96)
1.2 - Implementação de políticas, estratégias e planos, nacionais e/ou regionais, de saúde mental	3,25 (0,71)	3,31 (0,89)	3,55 (0,82)	2,57 (0,79)	3,00 (0,82)
1.3 - Defesa dos direitos (Advocacy) e educação pública, realizados pelos governos	3,13 (0,83)	2,82 (0,81)	2,55 (1,13)	2,43 (0,79)	2,25 (1,26)
1.4 - Defesa dos direitos (Advocacy) e educação pública, realizados pelas Organizações não Governamentais	2,13 (1,55)	2,77 (0,85)	2,55 (0,82)	2,29 (0,95)	2,00 (0,82)
1.5 - Defesa dos direitos (Advocacy) e educação pública, realizados pelos profissionais de saúde	3,00 (0,93)	2,98 (0,89)	2,64 (0,50)	2,86 (0,69)	3,00 (1,41)
1.6 - Capacitação/formação em cuidados de saúde mental para profissionais da Atenção Primária em Saúde (Atenção Básica)	3,13 (0,99)	2,87 (1,00)	2,91 (0,70)	2,57 (1,13)	3,25 (0,50)
1.7 - Desenvolvimento de cuidados de saúde mental na Atenção Primária em Saúde (Atenção Básica)	3,50 (0,76)	2,88 (0,87)	2,45 (0,69)	2,14 (0,69)	2,25 (0,50)
1.8 - Desenvolvimento de cuidados ambulatoriais de saúde mental nos hospitais gerais	2,75 (1,58)	2,17 (0,64)	2,00 (0,77)	2,00 (1,00)	2,25 (0,96)

Continuação da Tabela 7

TABELA 7 – Valor médio das questões relacionadas aos Avanços, por Região

Avanços: Média (Desvio Padrão)	Sul	Sudeste	Nordeste	Norte	Centro-Oeste
1.9 - Desenvolvimento de atenção ambulatorial em serviços comunitários de saúde (Policlínicas, Unidade Básica de Saúde, Centros de Saúde, etc.)	2,88 (1,13)	2,64 (0,83)	2,55 (0,93)	2,29 (0,76)	2,25 (0,50)
1.10 - Desenvolvimento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	3,63 (1,69)	3,66 (0,95)	3,82 (0,98)	3,14 (0,90)	3,25 (0,50)
1.11 - Desenvolvimento de Equipes Comunitárias de Saúde Mental	2,75 (1,49)	2,39 (1,02)	2,00 (0,89)	1,86 (0,69)	2,00 (0,82)
1.12 - Desenvolvimento de Serviços-Dia (Hospitais-Dia, Serviços de Reabilitação)	2,00 (1,51)	2,15 (0,93)	1,82 (0,87)	1,29 (0,49)	2,00 (0,82)
1.13 - Desenvolvimento de serviços assertivos/equipes móveis	2,25 (1,28)	1,98 (0,81)	2,30 (0,82)	2,14 (1,21)	1,75 (0,50)
1.14 - Desenvolvimento de grupos de ajuda mútua e grupos de usuários e familiares	2,50 (1,07)	2,46 (0,75)	2,45 (0,82)	2,14 (0,90)	2,00 (0,82)
1.15 - Desenvolvimento de “E-mental health”	1,50 (1,20)	2,00 (0,94)	1,91 (1,04)	1,43 (0,79)	2,00 (0,82)
1.16 - Desenvolvimento de unidades/serviços de internação de Saúde Mental em hospitaisgerais)	3,13 (1,55)	2,28 (0,85)	2,55 (1,13)	2,14 (1,07)	2,00 (0,82)
1.17 - Diminuição de novas internações em instituições (hospitais psiquiátricos)	3,13 (1,25)	3,57 (0,98)	4,00 (0,77)	2,57 (1,51)	2,75 (0,50)

Continuação da Tabela 7

TABELA 7 – Valor médio das questões relacionadas aos Avanços, por Região

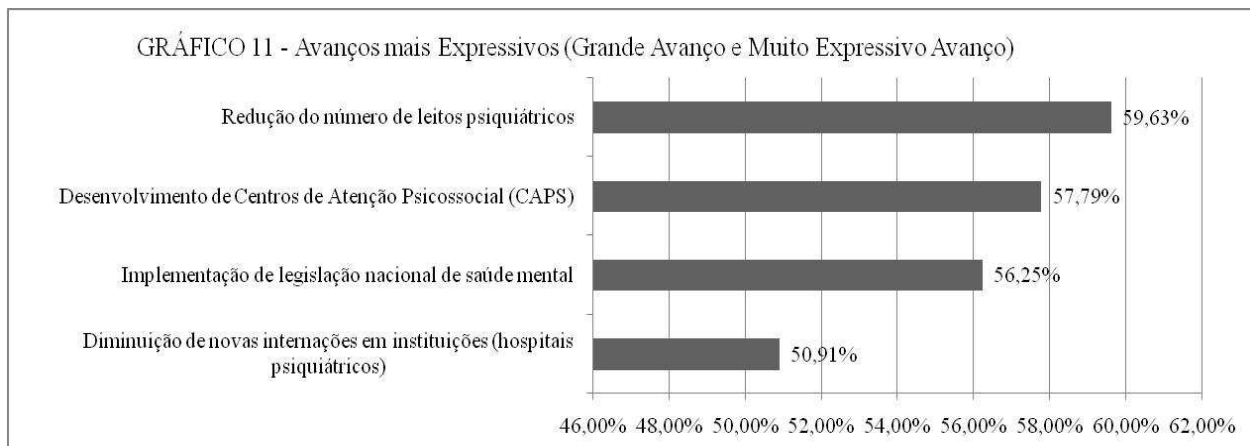
Avanços: Média (Desvio Padrão)	Sul	Sudeste	Nordeste	Norte	Centro-Oeste
1.18 - Diminuição de novas internações em instituições de caráter asilar (ex: asilos, abrigos, unidades de medida socioeducativa, comunidades terapêuticas e etc.)	2,63 (1,41)	2,98 (1,04)	2,64 (0,92)	1,57 (0,53)	2,25 (0,50)
1.19 - Redução das internações em hospitais psiquiátricos, através de novos critérios de gestão/regulação da porta de entrada	3,50 (1,41)	3,53 (0,99)	3,55 (0,69)	2,57 (1,40)	2,25 (0,50)
1.20 - Redução do número de leitos psiquiátricos	3,25 (1,04)	3,83 (1,04)	4,09 (0,94)	2,29 (1,70)	3,00 (1,15)
1.21 - Programas de desinstitucionalização para pacientes de hospitais psiquiátricos por meio de serviços residenciais terapêuticos na comunidade e retorno familiar	3,13 (0,64)	3,05 (1,10)	3,55 (1,04)	1,71 (1,50)	3,25 (0,50)
1.22 - Melhoria da qualidade dos cuidados nos hospitais psiquiátricos	2,88 (1,46)	2,71 (0,97)	2,64 (1,12)	2,14 (1,07)	2,50 (0,58)
1.23 - Implantação e funcionamento de serviços residenciais terapêuticos	3,13 (0,64)	2,72 (1,02)	3,45 (1,21)	2,00 (1,41)	2,50 (0,58)
1.24 - Desenvolvimento de programas de treinamento vocacional	0,75 (0,89)	1,63 (0,83)	1,45 (0,82)	1,43 (0,53)	2,00 (0,82)
1.25 - Desenvolvimento de programas de trabalho protegido	1,75 (1,39)	2,03 (0,92)	1,55 (0,82)	1,33 (0,52)	1,50 (0,58)

Continuação da Tabela 7

TABELA 7 – Valor médio das questões relacionadas aos Avanços, por Região

Avanços: Média (Desvio Padrão)	Sul	Sudeste	Nordeste	Norte	Centro-Oeste
1.26 - Desenvolvimento de iniciativas de geração de trabalho e renda e cooperativismo social (economia solidária)	2,43 (1,13)	2,37 (1,05)	2,00 (0,89)	1,86 (0,90)	2,25 (0,96)
1.27 - Desenvolvimento de ações psicossociais através de iniciativas culturais	2,63 (1,51)	2,73 (1,00)	2,36 (0,92)	2,00 (0,82)	1,75 (0,50)
1.28 - Desenvolvimento de ambientes de acolhimento transitório para pessoas em situação de vulnerabilidade social	2,25 (1,16)	2,12 (0,87)	2,36 (1,03)	2,71 (0,76)	2,25 (0,50)

O Gráfico 11 apresenta os principais *Avanços*, conforme a percepção dos respondentes.



Barreiras

A análise da Tabela 8 expressa o impacto negativo que determinadas ações vêm gerando na implantação do projeto de desinstitucionalização no país.

As maiores médias de impacto são identificadas nos itens 2.1 e 2.5, “Baixa prioridade da saúde mental na agenda política” e “Falta de recursos humanos com formação adequada ao modelo de base comunitária”, respectivamente, e demonstram a percepção da necessidade de aprofundamento e efetivação dessa política pública, de modo a inscrevê-la mais densamente

na agenda do estado brasileiro. A falta de recursos humanos capacitados para o trabalho no modelo comunitário, evidenciado na falta de qualificação dos profissionais, constitui um dos mais sérios entraves à efetiva implantação do projeto de desinstitucionalização e da atenção psicossocial, segundo a percepção dos respondentes.

Outra média que sobressai é a do item 2.7, “Resistência à mudança por parte dos profissionais”. Com base na revisão bibliográfica realizada para este documento, identificou-se que o processo da Reforma só é possível com a clara compreensão do mandato público da saúde mental pelos serviços de base comunitária, e da adequada formação dos profissionais da atenção psicossocial (capítulo 2). A questão acerca da “Falta de condução política clara e consistente, no âmbito da gestão, dos trabalhadores, usuários e familiares e movimentos sociais”, item 2.10, com médias mais dispersas, acrescenta ao problema da falta de apropriação do mandato público, o da gestão dessa política.

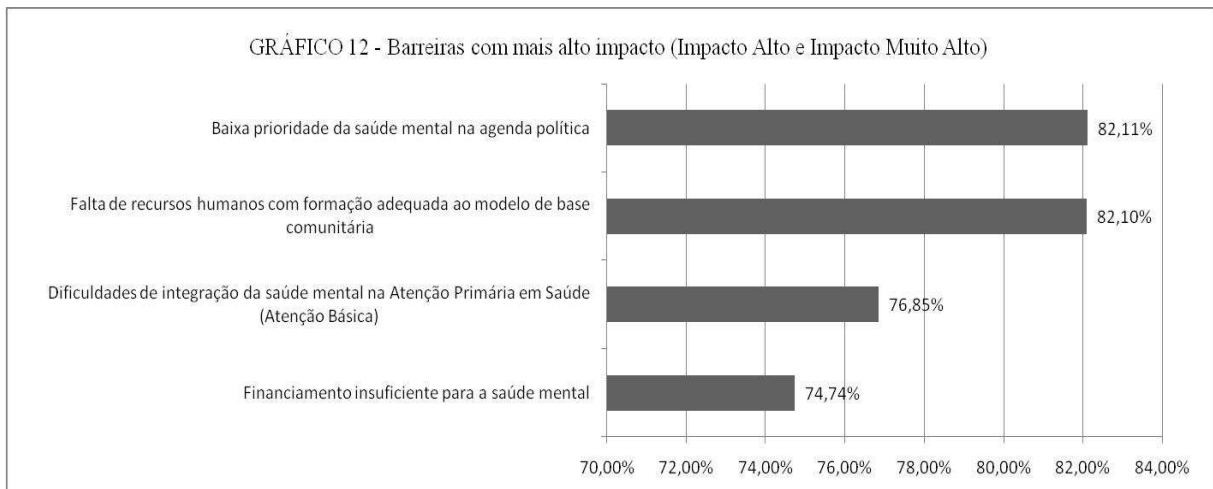
A questão 2.8, que se refere à intersectorialidade, estratégia determinante para o funcionamento do processo de desinstitucionalização, demonstra que a “Falta de cooperação entre as políticas (setores) sociais e da saúde” vem gerando um alto impacto negativo na implantação do projeto de desinstitucionalização, que requer ações compartilhadas entre diferentes setores para o pleno desenvolvimento das condições para participação civil e social dos egressos.

Podemos verificar um ponto mais específico desta evidência na análise da questão “Dificuldades de integração da saúde mental na Atenção Primária em Saúde (Atenção Básica)”, item 2.9, com médias bastante altas, especialmente nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste.

TABELA 8 – Valor médio das questões relacionadas às Barreiras, por Região

Barreiras: Média (Desvio Padrão)	Sul	Sudeste	Nordeste	Norte	Centro-Oeste
2.1 - Baixa prioridade da saúde mental na agenda política	4,50 (0,53)	4,02 (1,10)	4,73 (0,47)	4,14 (1,07)	4,00 (1,41)
2.2 - Financiamento insuficiente para a saúde mental	3,88 (0,99)	3,98 (1,17)	4,18 (0,87)	4,00 (1,15)	4,50 (1,00)
2.3 - Modelo de financiamento inadequado ou pouco efetivo	3,50 (1,77)	3,70 (1,00)	3,82 (1,25)	3,29 (1,50)	4,00 (1,41)
2.4 - Recursos da saúde mental concentrados em grandes instituições	4,13 (0,99)	3,32 (1,22)	3,91 (0,70)	3,50 (1,38)	3,50 (1,29)
2.5 - Falta de recursos humanos com formação adequada ao modelo de base comunitária	4,50 (0,53)	4,08 (1,11)	4,55 (0,52)	4,43 (0,98)	4,25 (0,96)
2.6 - Falta de consenso entre os diferentes atores da saúde mental (trabalhadores, usuários, familiares, gestores, docentes) quanto aos rumos da política de saúde mental	4,13 (0,99)	3,62 (1,21)	3,36 (1,57)	3,86 (1,46)	3,75 (0,50)
2.7 - Resistência à mudança por parte dos profissionais	4,00 (0,76)	3,73 (1,04)	4,09 (1,51)	4,00 (1,41)	4,00 (0,82)
2.8 - Falta de cooperação entre as políticas (setores) sociais e da saúde	4,13 (0,64)	3,87 (1,14)	4,36 (0,67)	4,14 (1,07)	4,25 (0,96)
2.9 - Dificuldades de integração da saúde mental na Atenção Primária em Saúde (Atenção Básica)	3,88 (0,64)	3,80 (1,16)	4,55 (0,52)	4,00 (1,15)	4,25 (0,96)
2.10 - Falta de condução política clara e consistente, no âmbito da gestão, dos trabalhadores, usuários e familiares e movimentos sociais	4,00 (0,53)	3,72 (1,29)	4,00 (1,00)	3,71 (1,38)	2,75 (0,58)

O Gráfico 12 destaca as *Barreiras* de maior impacto, segundo os respondentes.



Estratégias Úteis

A percepção das Estratégias Úteis para a desinstitucionalização é analisada a partir da Tabela 9, buscando identificar de que modo a comunidade vem percebendo as iniciativas e soluções utilizadas para a transição dos serviços de saúde mental para a comunidade. Percebe-se que o apoio das três esferas de governo é altamente valorizado pela comunidade, como se verifica pelas médias das questões 3.1, 3.2 e 3.3, “Apoio político do governo local”, “Apoio político do governo estadual” e “Apoio político do governo federal”, respectivamente.

A questão acerca da “Legislação Específica de Saúde Mental”, 3.5, é amplamente valorizada e destacada pela comunidade como um todo, ganhando destaque na Região Sul. O Programa “De volta para casa”, especificamente, aparece como uma estratégia de alto valor para os respondentes, tendo recebido uma nota ligeiramente inferior na região Norte (onde a presença do componente hospitalar é baixa, e a desinstitucionalização teve menor relevância estratégica como necessidade da reforma psiquiátrica).

TABELA 9 – Valor médio das questões relacionadas às Estratégias Úteis, por região

Estratégias Úteis: Média (Desvio Padrão)	Sul	Sudeste	Nordeste	Norte	Centro-Oeste
3.1 - Apoio político do governo local	5,00 (0,00)	4,44 (1,12)	4,64 (0,92)	4,14 (1,46)	4,50 (1,00)
3.2 - Apoio político do governo estadual	4,75 (0,71)	4,26 (1,18)	4,36 (0,81)	4,14 (1,46)	3,75 (1,26)
3.3 - Apoio político do governo federal	4,88 (0,35)	4,54 (0,94)	4,45 (0,82)	4,57 (0,79)	4,25 (0,50)
3.4 - Capacidade política e técnica da instância de saúde mental do Ministério da Saúde	4,50 (0,76)	4,39 (0,95)	4,18 (0,87)	4,71 (0,49)	4,50 (0,58)
3.5 - Legislação específica de saúde mental	4,88 (0,35)	4,43 (1,01)	4,18 (0,98)	4,71 (0,49)	4,50 (1,00)
3.6 - Criação do Programa de Volta para Casa (Lei 10.708/2003)	4,75 (0,46)	4,28 (1,00)	4,36 (0,67)	3,29 (1,60)	4,50 (1,00)
3.7 - Legislação social e/ou outras contribuições dos serviços do setor social (desenvolvimento social e previdência)	4,43 (0,53)	4,21 (0,97)	4,36 (0,81)	3,86 (0,69)	4,25 (0,96)
3.8 - Legislação trabalhista e outras ações ou programas de setores relacionados ao trabalho	3,67 (1,86)	3,97 (1,23)	4,09 (1,04)	3,29 (1,38)	4,00 (1,15)
3.9 - Participação efetivamente verificada dos usuários e familiares	5,00 (0,00)	4,11 (1,25)	4,27 (0,79)	4,17 (0,98)	4,25 (0,96)
3.10 - Contribuição originada de outros processos de reformas da saúde	4,50 (0,76)	3,98 (1,09)	3,55 (0,69)	4,00 (1,15)	3,75 (0,50)
3.11 - Redefinição da agenda da saúde mental em função das urgências políticas decorrentes de situações de catástrofe, crise e de emergência	3,63 (1,69)	3,07 (1,48)	3,45 (0,93)	3,86 (1,07)	3,25 (0,50)

Continuação Tabela 9

TABELA 9 – Valor médio das questões relacionadas às Estratégias Úteis, por região

Estratégias Úteis: Média (Desvio Padrão)	Sul	Sudeste	Nordeste	Norte	Centro-Oeste
3.12 - Contribuições da pesquisa acadêmica	4,25 (0,71)	3,92 (1,16)	4,00 (0,89)	4,14 (0,69)	3,75 (1,26)
3.13 - Contribuições dos movimentos dos direitos humanos	4,50 (0,76)	4,20 (1,08)	4,55 (0,69)	4,14 (0,90)	4,00 (1,41)
3.14 - Cooperação internacional	3,00 (2,07)	3,48 (1,24)	3,36 (0,92)	4,00 (0,58)	3,50 (1,29)
3.15 - Organizações não-governamentais de familiares	3,63 (1,85)	3,85 (1,05)	4,36 (0,67)	4,00 (1,00)	3,75 (1,26)
3.16 - Organizações não-governamentais de usuários	3,63 (1,85)	3,89 (1,08)	4,55 (0,69)	3,86 (1,07)	3,75 (1,26)
3.17 - Associações profissionais	3,25 (1,91)	3,69 (1,20)	4,00 (0,89)	4,14 (1,07)	3,00 (0,82)
3.18 - Contribuições oriundas do modelo de autonomia, protagonismo e "recovery"	3,88 (1,81)	3,70 (1,43)	4,36 (0,81)	4,14 (0,90)	4,00 (1,41)

Considerações Finais

Mesmo considerando as limitações deste levantamento, as respostas obtidas ajudam a ampliar o entendimento em relação aos avanços, impedimentos e estratégias necessárias para a consolidação do projeto comunitário de atenção em saúde mental no contexto brasileiro.

Destacam-se como avanços mais significativos: a redução dos leitos psiquiátricos, a diminuição de novas internações, a implantação de CAPS em todas as regiões do país e a promulgação da lei nacional de saúde mental. Do mesmo modo, são significativos os registros das principais barreiras ao pleno desenvolvimento do projeto comunitário, ligadas principalmente à falta de recursos humanos com formação adequada para o exercício do cuidado comunitário, às dificuldades de integração da saúde mental na atenção primária, ao insuficiente financiamento para a área e à baixa prioridade da saúde mental na agenda política do país.

Vale assinalar que no questionário havia um campo disponível para livre expressão do respondente sobre pontos considerados relevantes, mas não registrados como opção de resposta. O consolidado dessas respostas para o item *Barreiras* destacou a formação de recursos humanos como um dos principais obstáculos percebidos, corroborando o registro encontrado na análise quantitativa dos dados. O desenvolvimento de ações mais consistentes e

permanentes de formação parece se destacar como um dos mais importantes desafios a serem enfrentados no momento atual do processo da Reforma Psiquiátrica no país.

O apoio político dos governos locais, estaduais e federais ao projeto da atenção psicossocial e da desinstitucionalização é percebido como condição indispensável para o avanço do projeto de saúde mental comunitária. Na mesma direção, destaca-se a importância atribuída à condução política do processo pelo nível federal, o Ministério da Saúde, como relevante para assegurar a ressonância e legitimidade da atenção comunitária nos diferentes territórios brasileiros, com graus diversos de implantação da reforma. Destacou-se ainda a necessidade da efetiva participação de usuários e familiares em todo o processo, embora tenha sido identificada a fragilidade de sua organização no contexto brasileiro.

A experiência brasileira da Reforma Psiquiátrica, em seu componente mais decisivo, a desinstitucionalização, registra avanços significativos, mas também desafios importantes, colocando aos operadores mais diretos, e à sociedade como um todo, o imperativo de não retroceder e, portanto, de empreender todos os esforços necessários para o efetivo avanço do direito à convivência social e comunitária das pessoas com transtornos mentais.

CAPÍTULO 4

DISCUSSÃO, CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

CAPÍTULO 4

DISCUSSÃO, CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se pode avaliar a experiência brasileira de reforma psiquiátrica?

O percurso dos três conjuntos de informações utilizados permite enunciar algumas considerações avaliativas sobre o processo de desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil.

A reforma psiquiátrica não é um processo histórico homogêneo em todo o seu desenvolvimento, podendo ser identificados períodos distintos. Nos anos 1980, a crítica dos asilos e experiências de reforma institucional acompanharam o processo de redemocratização do país e construção do SUS. Nos anos 1990, uma intensa mobilização social trouxe ao protagonismo os usuários de serviços, trabalhadores de saúde mental do setor público e estudantes do campo da saúde mental, em torno do debate decisivo sobre os rumos da psiquiatria pública, que resultaram na aprovação da lei Paulo Delgado, em 2001. Nos anos 2000, o esforço da política foi de expandir as fronteiras do atendimento, reduzindo dramaticamente os leitos em hospitais psiquiátricos convencionais e implantando uma extensa rede de atenção comunitária. Diversos intérpretes relataram esta saga, cuja importância na história das políticas sociais no Brasil está inscrita de forma definitiva¹³⁵, independente das avaliações de processo e resultado que se tornam agora necessárias e mesmo decisivas para a consolidação e futuro da Reforma.

Se a importância da reforma como política pública é amplamente reconhecida na literatura científica, alguns AVANÇOS se destacam de forma mais clara, seja na literatura, como na análise dos dados e na opinião dos atores implicados. Especificamente, parece haver consenso em que:

- a) A redução de leitos se realizou de forma regular e efetiva, com a gradualidade necessária para evitar situações de desassistência. A transição de um cenário marcadamente hospitalocêntrico para um modelo de equilíbrio, onde coexistem recursos para internação com a rede de serviços comunitários, foi realizada de maneira exitosa. Embora não seja consensual, esta é a avaliação predominante.
- b) A incorporação de recursos humanos e financeiros aos serviços comunitários foi significativa, e mudou o cenário da saúde mental pública no país. Entretanto, há lacunas

importantes, tanto qualitativas quanto quantitativas, nos aspectos de financiamento e recursos humanos.

c) Houve avanço importante e aparentemente consolidado, no campo das leis e normas aplicáveis ao novo modelo, destacando-se a importância e eficácia da lei nacional (lei 10216/2001).

d) O país conseguiu enfrentar, ainda que parcialmente, o desafio da inovação, propondo e implantando tecnologias novas, como os CAPS, além de outros dispositivos e iniciativas.

e) A existência de uma forte rede de serviços na atenção primária de saúde constitui uma base sólida para expansão da capacidade de atendimento e superação da imensa lacuna de atenção ainda existente.

Também com base nas três fontes de informação e análise, podem ser identificadas, mais destacadamente, entre outras, as seguintes **BARREIRAS** para o avanço e consolidação da reforma:

a) O financiamento, embora expressivo, e dirigido corretamente aos serviços comunitários, ainda é insuficiente. O país investe cerca de 2,5% dos recursos totais da saúde para a saúde mental, o que é insuficiente, diante da magnitude epidemiológica e complexidade do problema.

b) Tanto a literatura quanto a percepção dos atores apontam importantes necessidades não contempladas na área de recursos humanos. Ocorre insuficiência e inadequação na **FORMAÇÃO** dos profissionais, bem como instabilidade e **PRECARIZAÇÃO** dos vínculos laborais.

c) São relatadas precariedades importantes de **ESTRUTURA** dos serviços comunitários, especialmente quanto à área física, insumos e, mais uma vez, precarização dos vínculos laborais, e pequeno número de serviços para crianças e adolescentes, mesmo se reconhecendo a importância da introdução deste tema na pauta da política de saúde mental, com a criação dos CAPS-i, em 2002.

d) Apontam-se dificuldades para a produção de conhecimentos na área da atenção psicossocial, oriundas seja da baixa qualidade das informações produzidas pelos serviços (baixo grau de informatização e sistematização das informações), seja da ausência de política de estímulo à produção de conhecimento nesta área, apesar de um crescimento importante das publicações e pesquisas nos últimos anos.

e) Fragilidade, identificada muito claramente nas três fontes de dados, do componente de saúde mental na atenção primária. Este diagnóstico precisa ser aprofundado, uma vez que não

aparece com clareza a orientação política e normativa para este componente, que é essencial para o enfrentamento da lacuna assistencial.

f) Baixa sustentabilidade das associações e grupos de usuários e familiares, caracterizando uma fragilização importante deste segmento, cuja participação foi decisiva nos anos 1990. Há muito poucas associações e entidades de usuários e profissionais, e as poucas existentes (menos de 100 em todo o país) encontram-se às voltas com dificuldades para permanecerem atuantes.

g) Os riscos representados pelas formas diversas de neo-institucionalização, especialmente na política de álcool e outras drogas.

As ESTRATÉGIAS ÚTEIS que foram mais mencionadas e identificadas, e que constituem importante contribuição da experiência brasileira para a saúde mental global:

a) o Programa de Volta para Casa, como indutor da desinstitucionalização, e apoio efetivo à inclusão social dos usuários;

b) os serviços comunitários, sendo destacada a efetividade dos CAPS, apesar dos problemas de estrutura e processo;

c) as iniciativas, apesar das limitações apontadas, de incorporar a vasta rede de serviços da atenção primária (equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde), de forma colaborativa, nas ações de saúde mental;

d) o formato de gestão colegiada presente nas três instâncias do SUS, que permite a tomada de decisões de forma mais próxima das realidades locais.

Recomendações

A reforma psiquiátrica é avaliada como um processo exitoso, que precisa, como toda política pública, em um contexto nacional complexo e repleto de iniquidades como o brasileiro, de aperfeiçoamentos.

Como considerações gerais que emergem da análise realizada, recomenda-se:

a) Ampliar o financiamento da saúde mental, de modo a atingir pelo menos 5% do total do SUS, já no próximo ano, de acordo com recomendações da OMS. Considerando que a carga global dos transtornos mentais (medidos por dias de vida perdidos ou qualidade de vida perdida, e outros indicadores) tende a aumentar, é possível que esta meta de ampliação do financiamento tenha também que ser revista proximamente;

- b) Investir na qualificação profissional, e na qualificação dos programas de formação. Apesar das iniciativas existentes, parece não estar havendo efetividade nos programas de capacitação, além do baixo alcance e regularidade dessas iniciativas;
- c) Construir uma política efetiva de produção de conhecimento para a saúde mental no SUS, que incorpore o conhecimento científico e aqueles oriundos da cultura¹³⁶, levando-se em conta a complexidade deste tema. Investir em uma perspectiva de avaliação permanente da rede e dos serviços, conforme já vem sendo proposto e executado em alguns contextos¹³⁷.
- d) Equacionar as fragilidades e contradições da política de recursos humanos, ampliando os recursos e construindo formas de relações laborais mais justas e sustentáveis.

Considerações finais

Não é possível resumir em poucos itens todos os aspectos que envolvem o processo de desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil. Este Documento Técnico buscou trazer alguns subsídios, para auxiliar no debate do tema, e contribuir para uma análise mais abrangente e consensual sobre a questão.

Apesar de ser uma política pública exitosa, a reforma psiquiátrica pode se beneficiar de uma avaliação mais cuidadosa de seus avanços, barreiras e estratégias úteis.

É legítimo pensar que, por sua história de 30 anos, seus êxitos, dificuldades e interrogações produzidas, a análise do processo brasileiro poderá contribuir para a discussão dos desafios da saúde mental no mundo, os quais podem ser sintetizados no problema comum a todos os países, que é enfrentar adequadamente a lacuna de tratamento e o desafio ético de construir modos efetivos de pertencimento comunitário e social para as pessoas com intenso sofrimento mental.

Referências Bibliográficas

1. Ballarin MLGS, Miranda IMS, Fuentes ACRC. Centro de atenção psicossocial: panorama das publicações de 1997 a 2008. *Psicol. cienc. prof.* [Internet]. 2010 [acesso em 2015 fev 03]; 30(4):726-37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000400005&lng=en&nrm=iso.

2. Bosi MLM, Carvalho LB, Ximenes VM, Melo AKS, Godoy MGC. Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* [Internet]. 2012 Mar [acesso em 2015 Fev 06]; 17(3): 643-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300010&lng=en&nrm=iso.

3. Oliveira AGB, Alessi NP. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciênc. saúde coletiva.* [Internet]. 2005 Mar [acesso em 2015 Fev 03]; 10(1): 191-203. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100026

4. Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Texto contexto - enferm.* [Internet] 2004 Dez. [acesso em 2015 Fev, 01]; 13(4): 543-548. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000400012&lng=en&nrm=iso.

5. Camatta MW, Nasi C, Adamoli NA, Kantorski LP, Schneider JF. Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família. *Ciênc. saúde coletiva.* [Internet] 2011 Nov [acesso em 2015 Fev 01]; 16(11): 4405-14. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200013&lng=en&nrm=iso.

6. Bezerra Jr. B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis.* [Internet]. 2007 [acesso em 2015 Fev 05]; 17(2): 243-250 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000200002&lng=en&nrm=iso.

7. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. cienc. Saúde – Manguinhos.* [Internet]. 2002 Abr [acesso em 2015 Fev 10]; 9(1): 25-59. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=isso.

8. Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad. de Saúde Pública.* [Internet] 2008 Fev [acesso em 2015 Fev 10]; 24(2): 456-468. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000200025&script=sci_arttext.

9. Fassheber VB, Vidal CEL. Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma residência terapêutica. *Psicol. cienc. prof.* [Internet]. 2007 Jun [acesso em 2015 Fev. 03]; 27(2): 194-207. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000200003&lng=en&nrm=iso.
10. Bueno MLS, Caponi S. A construção do discurso dos sujeitos envolvidos com o processo de reforma psiquiátrica: um estudo sobre o município de Joinville/SC. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009 Mar. [acesso em 2015 Fev. 10]; 13(28): 137-150. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100012&lng=en&nrm=iso.
11. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet] 2011 Dec. [acesso em 2015 Fev. 17]; 16(12): 4579-89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=en&nrm=iso.
12. Berlinck MT, Magtaz AC, Teixeira M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* [Internet] 2008 Mar [acesso em 2015 Jan 29]; 11(1): 21-28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000100003&lng=en&nrm=iso.
13. Jorge MR, Franca JMF. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [Internet] 2001 Mar [acesso em 2015 Fev. 10]; 23(1): 3-6. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000100002&lng=pt&nrm=iso.
14. Luzio CA, L'abbate S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface (Botucatu)*. [Internet]. 2006 Jul./Dez. [acesso em 2015 Fev. 10]; 10(20): 281-298. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200002&lng=en&nrm=iso
15. Goulart MSB, Duraes F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. *Psicol. Soc.* [Internet] 2010 Abr. [acesso em 2015 Fev. 10]; 22(1): 112-120. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000100014&lng=en&nrm=iso.
16. Dallari SG. A importância da formalização da política para a garantia do direito à saúde do doente mental. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet]. 2011 Dez. [acesso em 2015 Fev. 10]; 16(12): 4596-98. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300006&lng=en&nrm=iso.

17. Costa NR, Alves DSN, Silva PRF, Saraceno B. Atores, política pública e instituições da reforma psiquiátrica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet] 2011a Dez. [acesso em 2015 Fev. 01]; 16(12): 4576-4576. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300001&lng=en&nrm=iso
18. Gama, JRA. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. *Physis*. [Internet] 2012 [acesso em 2015 Jan. 29]; 22(4): 1397-1417. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400008&lng=en&nrm=iso
19. Delgado PGG, Gomes MPC, Coutinho E. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. *Cad Saude Publica*. [Internet] 2001 Maio/Jun [acesso em 2015 Fev. 09]; 17(3): 452-3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000300001
20. Mari JJ. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet]. 2011 Dez. [acesso em 2015 Fev. 17]; 16(12): 4593-96. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300005&lng=en&nrm=iso.
21. Sadigursky D, Tavares JL. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 1998 Abr. [acesso em 2015 Fev. 10]; 6(2): 23-27. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000200005&lng=pt&nrm=iso.
22. Ramos DKR, Guimarães J, Enders BC. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. *Interface (Botucatu)*. [Internet]. 2011 Apr./Jun. [acesso em 2015 Jan. 30]; 15(37): 519-527. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200015&lng=en&nrm=iso.
23. Onocko-Campos RT, Passos E, Palombini AL, Santos DVD, Stefanello S, Gonçalves LLM et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet] 2013 Out. [acesso em 2015 Fev 10]; 18(10): 2889-98. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000013&lng=en&nrm=iso.
24. Assis JT, Barreiros GB, Conceição MIG. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam*. [Internet] 2013 Dez. [acesso em 2015 Fev. 10]; 16(4): 584-596. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142013000400007&lng=en&nrm=iso.
25. Perrone PAK. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciênc. saúde coletiva*.

[Internet] 2014 Fev [acesso em 2015 Fev 10]; 19(2): 569-580. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200569&lng=en&nrm=iso.

26. Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet] 2008 Dez. [acesso em 2015 Jan 29]; 30(4): p. 384-389. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000400015&lng=en&nrm=iso.

27. Andrade TM. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. Ciênc. saúde coletiva. [Internet] 2011 Dez. [acesso em 2015 Fev 10]; 16(12): 4665-4674. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232011001300015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

28. Silva NS, Melo JM, Esperidião E. Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental brasileiros: revisão integrativa da literatura. REME Rev. Min. Enferm. [Internet] 2012 Abr./Jun [acesso em 2015 Fev. 10]; 16(2): 280-288. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_501bf3211a106.pdf.

29. Luzio CA, Yasui S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. Psicol. estud. [Internet] 2010 Mar. [acesso 2015 Jan 30]; 15(1): 17-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000100003&lng=en&nrm=iso.

30. Delgado PGG. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. Ciênc. saúde coletiva. [Internet] 2011 Dez. [acesso em 2015 Fev. 03]; 16(12): 4701-06. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300019&lng=en&nrm=iso.

31. Gonçalves RW, Vieira FS, Delgado PGG. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. Rev. Saúde Pública. [Internet] 2012 Fev. [acesso em 2015 Fev. 10]; 46(1): 51-58. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-89102012000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

32. Rodrigues J, Brognoli FF, Spricigo JS. Associação dos usuários de um centro de atenção psicossocial: desvelando sua significação. Texto contexto - enferm. [Internet] 2006 Jun. [acesso em 2015 Jan 31]; 15(2): 240-245. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200007&lng=en&nrm=iso.

33. Pinho LB, Kantorski LP, Wetzel C, Schwartz E, Lange C, Zilmer JGV. Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil. Rev Panam Salud Publica. [Internet] 2011 Out. [acesso em 2015 Fev. 01]; 30(4): 354-360.

Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011001000009&lng=en&nrm=iso.

34. Campos GWS, Onocko-Campos RT, Del Barrio LR. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. Ciênc. saúde coletiva. [Internet] 2013 Out. [acesso em 2015 Fev. 10]; 18(10): 2797-2805. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a02.pdf>

35. Santos NS, Almeida, PF, Venancio AT, Delgado PG. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Psicol. cienc. prof. [Internet] 2000 Dez. [acesso em 2015 Fev. 10]; 20(4): 46-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400006&lng=en&nrm=iso.

36. Almeida KS, Dimenstein M, Severo AK. Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. Interface (Botucatu). [Internet] 2010 Set. [acesso em 2015 Fev. 06]; 14(34): 577-592. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300009&lng=en&nrm=iso

37. Alverga AR, Dimenstein M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. Interface (Botucatu). [Internet] 2006 Dez. [acesso em 2015 Jan. 29]; 10(20): 299-316. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200003&lng=en&nrm=iso.

38. Souza AC. Ampliando o campo de atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. Esc. Anna Nery. [Internet] 2006 Dez. [acesso em 2015 Jan. 30]; 10(4): 703-710. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000400012&lng=en&nrm=iso.

39. Koda MY, Fernandes MIA. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. Cad. Saúde Pública. [Internet] 2007 Jun. [acesso em 2015 Jan. 29]; 23(6): 1455-1461. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600020&lng=en&nrm=iso.

40. Kilsztajn S, Lopes ES, Lima LZ, Rocha PAF, Carmo MSN. Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. Cad. Saúde Pública. [Internet] 2008 Out. [acesso em 2015 Fev. 07]; 24(10): 2354-62. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001000016&lng=en&nrm=iso

41. Valadares FC, Souza ER. Análise da inserção do tema da violência na Política de Saúde Mental brasileira a partir de seus marcos legais (2001-2011). Physis. [Internet] 2013 Dez. [acesso em 2015 Jan 30]; 23(4): 1051-77. disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400003&lng=en&nrm=iso.

42. Paranhos-Passos F, Aires S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis*. [Internet] 2013 [acesso em 2015 Fev. 10]; 23(1): 13-31. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000100002&lng=en&nrm=iso.

43. Nunes M, Juca VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saúde Pública*. [Internet] 2007 Out. [acesso em 2015 Jan. 30]; 23(10): 2375-

84. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000012&lng=en&nrm=iso.

44. Antunes SMMO, Queiroz MS. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cad. Saúde Pública*. [Internet] 2007 Jan. [acesso em 2015 Fev. 10]; 23(1): 207-215. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000100022&lng=en&nrm=iso.

45. Vilarins NPG. Adolescents with mental disorders while serving time and being subjected to socio-educative measures. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet] 2014 Mar. [acesso em 2015 Jan. 30]; 19(3): 891-898. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300891&lng=en&nrm=iso.

46. Jardim VMR, Cartana MHF, Kantorski LP, Quevedo ALA. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. *Texto contexto - enferm*. [Internet] 2009 Jun. [acesso em 2015 Fev. 01]; 18(2): 241-248. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200006&lng=en&nrm=iso.

47. Wetzel C, Kantorski LP, Souza, J. Centro de Atenção Psicossocial: trajetória, organização e funcionamento. *Rev Enfer – UERJ*. [Internet]. 2008 [acesso em 2015 Fev 03]; 16(1): 39-45. Disponível em:

<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/107164/000660593.pdf?sequence=1>.

48. Costa A, Silveira M, Vianna P, Silva-Kurimoto T. Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. [Internet] 2012 Jun. [acesso em 2015 Fev. 05]: 46-53.

Disponível em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602012000100008&lng=pt&nrm=iso.

49. Severo AKS, L'abbate S, Onocko-Campos RT. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. *Interface (Botucatu)*.

[Internet] 2014 Set. [acesso em 2015 Jan. 29]; 18(50): 545-556. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000300545&lng=en&nrm=iso.

50. Gama CAP, Onocko-Campos RT, Ferrer AL. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. Rev. latinoam. psicopatol. fundam. [Internet] 2014 Mar. [acesso em 2015 Fev. 10]; 17(1): 69-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000100006&lng=en&nrm=iso.

51. Razzouk D, Zorzetto, R, Duburgras, Gerolin j, Mari JJ. Mental health and psychiatry research in Brazil: scientific production from 1999 to 2003. Rev. Saúde Pública. [Internet] 2006 Ago. [acesso em 2015 Fev. 07]; 40(spe): 93-100. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400014&lng=pt&nrm=iso.

52. Passos IF, Goulart MSB, Braga FM, Abreu MA, Vasconcelos EM. A formação em psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais e o processo de reforma psiquiátrica em Minas Gerais, nas décadas de 60, 70 e 80. Memorandum. [Internet] 2009 Out [acesso em 2015 Fev. 10]: 149-168. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a17/passosecol01.pdf>.

53. Ribeiro JM, Inglez-Dias A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. Ciênc. saúde coletiva. [Internet] 2011 Dez. [acesso em 2015 Fev. 10]; 16(12): 4623-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/11.pdf>

54. Athayde V, Hennington EA. A saúde mental dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. Physis. [Internet] 2012 [acesso em 2015 Jan. 29]; 22(3): 983-1001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300008&lng=en&nrm=iso.

55. Andreoli SB, Almeida-Filho N, Martin D, Mateus MDML, Mari JJ. É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet] 2007 Mar. [acesso em 2015 Fev. 07]; 29(1): 43-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000100013&lng=pt&nrm=iso.

56. Lucena MAS, Bezerra AFB. Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização. Ciênc. saúde coletiva. [Internet] 2012 Set. [acesso em 2015 Fev. 10]; 17(9): 2447-56. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232012000900025&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

57. Correia LC, Lima IMSO, Alves VS. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. Cad. Saúde Pública. [Internet] 2007 Set. [acesso em 2015 Fev. 06]; 23(9): 1995-

2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900002&lng=en&nrm=iso.

58. Mathes PG, Silva FB. Saúde mental e o campo sociojurídico: o "estado da arte do debate" com a reforma psiquiátrica. Saude soc. [Internet] 2012 Set. [acesso em 2015 Fev. 10]; 21(3): 529-542. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300002&lng=en&nrm=iso.

59. Furtado JP. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. Ciênc. saúde coletiva. [Internet] 2006 Set. [acesso em 2015 Fev. 01]; 11(3): 785-795. http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300026&lng=en&nrm=iso.

60. Amaral MA. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. Rev. Saúde Pública. [Internet] 1997 Jun. [acesso em 2015 Fev. 01]; 31(3): 288-295. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000300010&lng=en&nrm=iso.

61. Oliveira AGB, Conciani ME. Participação social e reforma psiquiátrica um estudo de caso. Ciênc. saúde coletiva. [Internet] 2009 Jan-Fev [acesso em 2015 Fev. 10]; 14(1): 319-331. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a38v14n1.pdf>.

62. Souza WS. Associações Cívicas em Saúde Mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. Cad. Saud. Publ. [Internet] Jul./Ago. 2001 [acesso em 2015 Fev. 06]; 17(4): 933-939. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v17n4/5299.pdf>

63. Menezes PR, Mann AH. Mortality among patients with non-affective functional psychoses in a metropolitan area of South-Eastern Brazil. Rev. Saúde Pública. [Internet] 1996 Ago. [acesso em 2015 Fev. 09]; 30(4): 304-309. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101996000400003&lng=pt&nrm=iso.

64. Randemark NFR, Jorge MSB, Queiroz MVO. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. Texto contexto - enferm. [Internet] 2004 Dez. [acesso em 2015 Jan. 29]; 13(4): 543-550. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000400006&lng=en&nrm=iso.

65. Passos RG. Mulheres, cuidados e reforma psiquiátrica brasileira: um protagonismo (oculto) na assistência psiquiátrica. Cad. hist. ciênc. [Internet] 2011 [acesso em 2015 Fev. 9]; 7(2): 45-54. Disponível em http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-76342011000200004&lng=pt&nrm=iso.

66. Quindere PHD, Jorge MSB. (Des)construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. Saude soc. [Internet] 2010 Set. [acesso em 2015 Fev. 10]; 19(3): 569-583. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300009&lng=en&nrm=iso.

67. Costa NR, Siqueira SV, Uhr D, Silva PFS, Molinario, AA. Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. Ciênc. saúde coletiva. [Internet] 2011b Dez [acesso em 2015 Fev. 10]; 16(12): 4603-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300009&lng=en&nrm=iso.

68. Simon AG, Baptista TWF. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. Cad. Saúde Pública. [Internet] 2011 Nov. [acesso em 2015 Fev. 14]; 27(11): 2227-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100016&lng=en&nrm=iso.

69. Amarante P, Freitas F, Pande MR, Nabuco E. El campo artístico-cultural en la reforma psiquiátrica brasileña: el paradigma identitario del reconocimiento. Salud Colectiva. [Internet] 2013 Dez. [acesso em 2015 Fev. 17]; 9(3): 287-299. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652013000300002&lng=en&nrm=iso.

70. Andrade MC, Burali MAM, Vida A, Fransozio MBB, Santos RZ. Loucura e trabalho no encontro entre saúde mental e economia solidária. Psicol. cienc. prof. [Internet] 2013 [acesso em 2015 Fev. 17]; 33(1): 174-191. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000100014&lng=en&nrm=iso.

71. Neves R, Dimenstein M, Paulon S, Nardi H, Bravo O, Galvão VABM et al. A saúde mental no sistema único de saúde do Brasil: duas realidades em análise. Av. Psicol. Latinoam. [Internet] 2012 Jul./Dez. [acesso em 2015 Jan. 29]; 30(2): 356-368. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242012000200011&lng=en&nrm=iso.

72. Loyola CMD, Pôrto KF, Rocha KS. Implicações do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar Psiquiátrico para a enfermagem psiquiátrica. Rev. enferm. UERJ [Internet] 2009 Jan-Mar. [acesso em 2015 Fev. 06]; 17(1): 9-13. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2009/v17n1/a001.pdf>

73. Mota TD, Barros S. Saúde mental, direitos, cidadania: o escritório de advocacia como agência para inclusão sócia. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet] 2008 Jun. [acesso em 2014 dez 14]; 42(2): 220-226. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200002.

74. Cassandri JL, Aranha e Silva AL. Contribuições da Copa da Inclusão para a consolidação do campo psicossocial.. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet] 2009 Jun. [acesso em 2014 dez. 14]; 43(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200018.

75. Costa E, Borenstein MS. O Projeto de Ana Teresa: o caminho para a desinstitucionalização do doente mental? Rev. Bras. Enferm. [Internet] 1999 Jan./Mar. [acesso em 2014 dez. 14]; 52(1): 79-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v52n1/v52n1a09.pdf>
76. Lucchese R, Barros S, Forcella, HT. A trajetória do serviço público de saúde mental no município de Fernandópolis nos tempos de Reforma Psiquiátrica: um retrato atual da atenção ao doente mental no interior do Estado de São Paulo. Mundo Saúde [Impr.] Jul./Set. 2001; 25(3): 257-265.
77. Leão A, Barros S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. Interface (Botucatu). [Internet]. 2011 Jan./Mar. [acesso em 2014 dez. 14]; 15(36):137-152. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/a11v1536.pdf>.
78. Dimenstein M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. Psicol. cienc. prof. [Internet] 2004 Dez. [acesso em 2014 dez. 14]; 24(4): 112-117. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n4/v24n4a13.pdf>.
79. Dutra VFD, Rocha RM. O processo de desinstitucionalização psiquiátrica: subsídios para o cuidado integral. Rev. Enferm. UERJ [Internet] 2001 Jul./Set. [acesso em 2014 dez. 14]; 19(3): 386-91. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a08.pdf>
80. Honorato CEM; Pinheiro R. O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. Physis [Internet] 2008. [acesso em 2014 dez. 14]; 18(2): 361-380. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n2/v18n2a09.pdf>
81. Oliveira E. Cuidando da desconstrução: do Engenho de Dentro para um Engenho do Fora. Archivos Contemporâneos do Engenho de Dentro. 2007 Nov.;1(1): 15-37.
82. Vidal CEL, Bandeira M, Gontijo ED. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. J Bras Psiquiatr [Internet] 2008. [acesso em 2014 dez. 14]; 57(1): 70-79. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a13.pdf>.
83. Belini MG, Hirdes A. Projeto morada São Pedro: da institucionalização à desinstitucionalização em saúde mental. Texto contexto – enferm. [Internet]. 2006 Out./Dez. [acesso em 2014 dez. 14]; 15(4): 562-569. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a03.pdf>.
84. Wachs F, Jardim C, Paulon SM, Resende V. Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos. Physis [Internet] 2010.[acesso em 2014 dez. 14]; 20(3): 895-912. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300011

85. Argiles CTL, Kantorski LP, Willrich JQ, Antonacci MH, Coimbra VCC. Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. *Ciênc. saúde coletiva*, [Internet] 2013 Jul. [acesso em 2014 dez. 14]; 18(7): 2049-2058. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/20.pdf>
86. Ferreira GB, Coimbra VCC, Kantorski LP, Guedes AAC. As contribuições da rede social no processo de desinstitucionalização da loucura. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* [Internet] 2014 Jul./Set. [acesso em 2014 dez. 14]; 6(3): 976-986. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3093/pdf_1342
87. Romagnoli RC, Paulon SM, Amorim AKMA, Dimenstein M. Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. *Interface (Botucatu)*. [Internet]. 2009 Jul/Set. [acesso em 2014 dez. 14]; 13 (30): 199-207. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a16.pdf>.
88. Furtado JP, Nakamura E, Generoso CM, Guerra AMC, Campos FB, Tugny A. Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. *Interface (Botucatu)* [Internet] 2010 Abr./Jun. [acesso em 2014 dez. 14]; 14(33): 389-400. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a12v14n33.pdf>.
89. Silva DS, Azevedo DM. A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. *Esc. Anna Nery* [Internet] 2011 Jul./Set. [acesso em 2014 dez. 14]; 15(3): 587-594. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eann/v15n3/a21v15n3.pdf>.
90. Ribas DL, Borenstein MS. CAPS - Florianópolis: uma experiência de grupo com clientes psicóticos fora dos muros do manicômio, durante dez anos. *Rev. Bras. Enferm* [Internet] 1999 Abr./Jun. [acesso em 2014 dez 14]; 52(2): 179-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v52n2/v52n2a04.pdf>.
91. Hirdes A, Kantorski LP. Care systematization in psychiatric nursing within the psychiatric reform context. *Journ Psychiatr. Ment. Health Nurs.* [Internet] 2002 Fev. [acesso em 2014 dez. 14]; 9(1): 81-86. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1351-0126.2001.00446.x/full>.
92. Bandeira M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. *J. bras. Psiq.* [Internet] 1991. [acesso em 2014 dez. 14]; 40(7): 355-360. Disponível em: http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/lapsam/Artigos%20digitalizados/Artigo_Transinstitucionalizacao.pdf.
93. Leão A, Barros S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde Soc* [Internet] 2012 Jul./Set. [acesso em 2014 dez. 14]; 21(3): 572-586. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300005.

94. Parente CJS, Mendes LPF, Souza CNS, Silva DKM; Silva JC, Parente ACBV et al. O fenômeno de revolvingdoor em hospitais psiquiátricos de uma capital do nordeste brasileiro. REME rev. min. Enferm [Internet] 2007 Out./Dez. [acesso em 2014 dez. 14]; 11(4): 381-386. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622007000400006&lng=pt&xxlng=pt&nrm=iso&tlng=pt

95. Lima LA, Teixeira JM. Assistência à saúde mental no Brasil: do mito de excesso de leitos psiquiátricos a realidade da falta de serviços alternativos de atendimento. J Bras. Psiquiatr. 1995 Fev.; 2(44): 71-76.

96. Oliveira WF, Padilha CS, Oliveira CM. Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil contextualizando o conceito de desinstitucionalização. Saúde em Debate [Internet] 2011 Out./Dez. [acesso em 2014 dez 14]; 35(91): 587-596. Disponível em: http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.35%2C+N.91&pesq=&x=26&y=8.

97. Dimenstein M., Bezerra CG. Alta-Assistida de usuários de um hospital psiquiátrico: uma proposta em análise. Physis. [Internet] 2009 [acesso em 2014 dez. 14]; 19(3): 829-848. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300016.

98. Candiago RH, Saraiva SS, Gonçalves V, Belmonte-de-Abreu P. Shortage and underutilization of psychiatric beds in southern Brazil: independent data of Brazilian mental health reform. Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemiol [Internet] 2011 Maio. [acesso em 2014 dez 14]; 46(5): 425-9. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00127-010-0207-1/fulltext.html>.

99. Wagner LC, Fleck MP, Wagner M, Dias MT. Autonomy of long-stay psychiatric inpatients. Rev.Saude Publica. [Internet] 2006 Ago. [acesso em 2014 dez 14]; 40(4): 699-705. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-89102006000500021.

100. Gonçalves AM, Sena RR. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Rev. Lat-Am Enfermagem; [Internet] 2001 Mar./Abr. [acesso em 2014 dez 14]; 9(2): 48-55. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200007.

101. Leão A, Barros S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. Saude soc. [Internet] 2008 Jan./Mar. [acesso em 2014 dez. 14]; 17(1): 95-106. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/09.pdf>.

102. Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. Psicol. cienc. prof. [Internet] 2008 [acesso em 2014 dez. 14]; 28(3): 632-645. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n3/v28n3a15.pdf>.

103. Pelisole CL, Moreira AK. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [Internet] 2005 Set./Dez. [acesso em 2014 dez. 14]; 27(3): 270-277. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n3/v27n3a06.pdf>.
104. Mielke FB, Olschowsky A, Pinho LB, Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação qualitativa da relação de atores sociais com a loucura em um serviço substitutivo de saúde mental. Rev. bras. enferm. [Internet] 2012 Maio/Jun. [acesso em 2014 dez. 14]; 65(3): 501-507. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a16.pdf>.
105. Ferro LF. Trabalho territorial em hospitais psiquiátricos: construindo no presente um futuro sem manicômios. Psicol. cienc. prof. [Internet] 2009 [acesso em 2014 dez. 14]; 29(4): 752-767. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n4/v29n4a08.pdf>.
106. Delgado PG, Weber R. A redução de leitos não significou redução do financiamento para a saúde mental no Brasil. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet] 2007 Jun. [acesso em 2015 mar. 09]; 29(2): 194-195. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000200026&lng=en&nrm=iso
107. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. Ciênc. saúde coletiva [Internet] 2009 Jan./Fev. [acesso em 2014 dez. 14]; 14(1): 195-204. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
108. Batista GC, Nobre MT. O caso "estrela": práticas de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica. Psicol. Soc. [Internet] 2013 [acesso em 2014 dez. 14]; 25(1): 240-250. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n1/26.pdf>.
109. Dimenstein M, Sales AL, Galvão E, Severo AK. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. Physis [Internet] 2010 Dez. [acesso em 2014 dez. 14]; 20(4): 1209-1226. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a08v20n4.pdf>.
110. Machado VC, Santos, MA. O apoio familiar na perspectiva do paciente em reinternação psiquiátrica: um estudo qualitativo. Interface (Botucatu). [Internet]. 2012 Jul/Set. [acesso em 2014 dez. 14]; 16 (42): 793-806. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n42/aop3712.pdf>.
111. Lima DC, Bandeira M, Oliveira MS, Tostes JGA. Habilidades sociais de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. Estud. psicol. [Internet] 2014 Out./Dez. [acesso em 2014 dez. 14]; 31(4): 549-558. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v31n4/a09v31n4.pdf>.

112. Pavarini SCL, Barham EJ, Varoto VAG, Filizola CLA. O idoso no contexto da saúde mental: relato de experiência. Texto contexto – enferm. [Internet] 2004 Dez. [acesso em 2014 dez. 14]; 13(4): 608-617. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a14.pdf>.
113. Colvero LA, Ide CAC, Rolim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. Ver. Esc. Enferm. USP [Internet] 2004 [acesso em 2014 dez. 14]; 38(2): 197-205. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/112.pdf>.
114. Lussi IAO, Pereira MAO. Empresa social e economia solidária: perspectivas no campo da inserção laboral de portadores de transtorno mental. Rev. Esc. Enferm UPS [Internet] 2011 Abr. [acesso em 2014 dez. 14]; 45(2): 515-521. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200030.
115. Filizola CLA, Teixeira IMC, Milioni DB, Pavarini SCI. Saúde mental e economia solidária: a família na inclusão pelo trabalho. Rev. Esc. Enferm USP [Internet] 2011 Abr. [acesso em 2014 dez. 14]; 45(2): 418-425. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200017.
116. Lemke RA, Silva RAN. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. Physis [Internet] 2011 [acesso em 2014 dez. 14]; 21(3): 979-1004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300012.
117. Oliveira RW. Os caminhos da reforma psiquiátrica: acompanhamento terapêutico, propagação e contágio na metrópole. Psicol. Soc. [Internet]. 2013 [acesso em 2014 dez. 14]; 25 (2): 90-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25nspe2/v25nspe2a12.pdf>.
118. Bezerra CG, Dimenstein M. Acompanhamento terapêutico na proposta de alta-assistida implementada em hospital psiquiátrico: relato de uma experiência. Psicol. clin. [Internet] 2009 [acesso em 2014 dez. 14]; 21(1): 15-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v21n1/v21n1a02.pdf>.
119. Marques MR. A prática do acompanhamento terapêutico como estratégia de expansão territorial: uma incursão cartográfica. Psicol. Soc. [Internet] 2013 [acesso em 2014 dez. 14]; 25(nº esp 2): 31-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25nspe2/v25nspe2a05.pdf>.
120. Gonçalves LLM, Barros RDB. Função de publicização do acompanhamento terapêutico: a produção do comum na clínica. Psicol. Soc. [Internet] 2013 [acesso em 2014 dez. 14]; 25(nº esp. 2): 108-116. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25nspe2/v25nspe2a14.pdf>.
121. Liberato MTC, Dimenstein M. Arte, loucura e cidade: a invenção de novos possíveis. Psicol. Soc. [Internet]. 2013 [acesso em 2014 dez. 14]; 25(2): 272-281. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n2/04.pdf>.

122. Sztajnberg TK, Cavalcanti MT. A arte de morar... na Lua: a construção de um novo espaço de morar frente à mudança do dispositivo asilar para o Serviço Residencial Terapêutico. *Rev. latinoam. psicopatol.* [Internet] 2010 Set. [acesso em 2014 dez. 14]; 13(3): 457-468. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v13n3/a06v13n3.pdf>.
123. Lima SS, Brasil, SA. Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização. *Physis: Rev. Saude Coletiva.* [Internet]. 2014 [acesso em 2014 dez. 14]; 24(1): 67-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00067.pdf>.
124. Vasconcelos, EM (org.) Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2006.
125. Barros S, Bichaff R. (Organizadores). *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo*. São Paulo: FUNDAP/Secretaria de Estado da Saúde; 2008.
126. Dinis D. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil. Censo 2011*. Brasília - DF: Letras Livres/Editora UnB; 2013. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15170/1/LIVRO_CustodiaTratamentoPsiquiatrico.pdf
127. Rizzini I organizadora. Do confinamento ao acolhimento. Institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência: desafios e caminhos. Relatório Final. Rio de Janeiro: CNPq/MS. 2008.
128. Graham N, Lindesay J, Katona C, Bertolote JM, Camus V, Copeland JRM et al.. Redução da estigmatização e da discriminação das pessoas idosas com transtornos mentais: uma declaração técnica de consenso. *Rev. psiquiatr. clín.* [Internet] 2007. [acesso 2015 mar. 13]; 34(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000100006&lng=en&nrm=iso.
129. Onocko Campos RT, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAP. Avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saude Publ.* [Internet] 2009 [acesso em 2015 mar. 14]; 43 (supl 1): 16-22. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/749.pdf
130. Campos GW, Gutiérrez A, Guerrero A, Cunha G. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Ed. Hucitec; 2008. p. 132-153.
131. Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PP, Guimarães POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Rev Cienc Saude Col.* [Internet] 2009 [acesso em 2015 mar. 14]; 14 (supl 1): 1483-1492. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14s1/a21v14s1>

132. Hori AA, Nascimento AF. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. Ciênc. saúde coletiva. [Internet] 2014 Ago. [acesso em 2015 mar 13]; 19(8)Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803561&lng=en&nrm=iso
133. Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet] 2008 Mar. [acesso em 2015 mar. 14]; 30(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n1/2535.pdf>.
134. González MML. Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS). Cienc. Saúde Colet. [Internet] 2009. [acesso em 2015 mar. 14]; 14(supl. 1):1587-1597. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a32v14s1>
135. Amarante, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
136. Kirmayer LJ.. Rethinking cultural competence (Editorial). Transcultural Psychiatry. [Internet] 2012 Abr. [acesso em 2015 mar. 15]; 49(2) 149–164. Disponível em: <http://tps.sagepub.com/content/49/2/149.long>
137. Onocko Campos R, Furtado J, Passos E, Benevides R. Pesquisa avaliativa em saúde mental. Desenho participativo e efeitos de narratividade. São Paulo: Editora Hucitec; 2008.

Leis, portarias e documentos

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm

Lei nº 10.216, de 06 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://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-publicacaooriginal-1-pl.html>

Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm

Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf

Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.220, de 7 de novembro de 2000. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-1220.htm>

Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o dispositivo Centro de Atenção Psicossocial, suas modalidades e organizações. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>

Ministério da Saúde. Portaria GM nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-52.htm>

Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2077, de 31 de outubro de 2003. Regulamenta a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-2077.htm>

Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados n° 8 (2003-2010). Janeiro de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf

Ministério da Saúde. Portaria n° 2.840, de 29 de dezembro de 2014. Cria o Programa de Desinstitucionalização, integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/1828-2840>

Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf

Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf

ANEXO

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

(Aprovadas na Plenária Final do Seminário, em 25 de março de 2015.)

*Seminário Internacional de Saúde Mental Desinstitucionalização e Atenção
Comunitária: Inovações e Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*

CONCLUSÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O Seminário Internacional de Saúde Mental “*Desinstitucionalização e Atenção Comunitária: Inovações e Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*”, promovido pela Fiocruz e pela Plataforma Gulbenkian de Saúde Mental Global, com a colaboração ativa da Organização Mundial da Saúde, da Organização Pan-Americana de Saúde e do Ministério da Saúde do Brasil, realizou-se nos dias 23, 24 e 25 de março de 2015, no Rio de Janeiro. O Seminário contou com a presença e a participação muito ativa de 60 pessoas, participantes brasileiros e internacionais, entre os quais representantes da OMS-Genebra, OPAS, Ministério da Saúde Brasileiro, Fiocruz e Plataforma Gulbenkian de Saúde Mental Global.

A discussão baseou-se em dois documentos de trabalho.

Por um lado, o documento “*Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey*”, de 2014, co-produzido pela Organização Mundial de Saúde e pela Plataforma Gulbenkian de Saúde Mental Global. Baseado nas respostas a um inquérito feito a 78 especialistas de saúde mental representando 42 países, este documento identificou cinco princípios para o sucesso do processo de desinstitucionalização: a existência de serviços na comunidade; o apoio e a aceitação da mudança pelos recursos humanos da rede de saúde; a existência de apoio político alargado e ao mais alto nível; a importância de escolher o melhor momento para a mudança; e a necessidade de ter recursos financeiros adicionais.

Por outro lado, o Documento Técnico “*Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil*”, elaborado especificamente para este Seminário, a partir da análise crítica do processo brasileiro de desinstitucionalização e

saúde mental comunitária. O objetivo deste documento foi ajudar a extrair lições e encontrar medidas que permitam aprofundar a transformação dos serviços de saúde mental tanto no Brasil como em outros países. A riqueza deste documento assenta na sua metodologia, contendo uma exaustiva revisão da literatura sobre a reforma psiquiátrica brasileira e seu processo de desinstitucionalização; uma análise dos dados de gestão acerca da implantação e do desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Mental; e um processo de consulta, dirigido a gestores, profissionais, usuários, familiares, e outros atores-chave, sobre a percepção dos avanços, barreiras e estratégias úteis em relação ao movimento de superação do modelo asilar empreendido no Brasil.

RECOMENDAÇÕES:

1) Tomar as medidas necessárias a uma expansão progressiva dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) III e das unidades de internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os dados de planejamento sobre as necessidades previstas para o futuro.

2) Desenvolver iniciativas que ampliem a participação do hospital geral na rede de cuidados de saúde mental.

3) Continuar a redução do número de leitos nos hospitais psiquiátricos, de forma gradual e responsável, com substituição por serviços de saúde mental comunitários.

4) Qualificar a porta de entrada dos hospitais psiquiátricos, redirecionando as internações, quando necessárias, para hospitais gerais ou serviços comunitários capacitados para este tipo de acolhimento.

5) Qualificar a rede de urgência e emergência, ampliando a sua efetividade no atendimento às emergências em saúde mental.

6) Desenvolver iniciativas que previnam novas formas de institucionalização, com particular ênfase nos usuários de álcool e drogas, nos adolescentes em conflito com a lei e nos idosos.

7) Apoiar a expansão e fortalecimento dos serviços residenciais terapêuticos, não apenas para egressos de institucionalização, mas também para outros pacientes que necessitem desse recurso, e em modalidades diversas, adequadas às necessidades das populações.

8) Apoio e fortalecimento à expansão do Programa de Volta para Casa.

9) Criar mecanismos para que a atenção primária aumente a sua capacidade de abordagem e atendimento em saúde mental, bem como assegurar o desenvolvimento do matriciamento e dos cuidados colaborativos, que são indispensáveis para a melhoria dos serviços e para o aumento da efetividade da saúde mental na atenção primária.

10) Expandir a rede de serviços comunitários de saúde mental da infância e da adolescência.

11) Desenvolver, em conjunto com os usuários e familiares, uma política de apoio efetivo às associações e grupos de usuários e familiares, garantindo sua sustentabilidade e estimulando o protagonismo.

12) Combater a precarização de salário, contratos e condições de trabalho dos trabalhadores do SUS.

13) Desenvolver a capacidade técnica dos recursos humanos na rede de serviços de saúde mental e incorporar na sua prática as orientações emanadas dos princípios do *recovery*.

14) Assegurar que o financiamento passe a ser concordante com a real magnitude e carga das doenças mentais, nos vários níveis de gestão da saúde pública.

15) Instituir a produção regular de informações técnicas sobre a procura, as necessidades e a resposta dos serviços de saúde mental, que permitam o

desenvolvimento de atividades de avaliação consistentes e permanentes.

16) Criar mecanismos que superem as barreiras à produção de pesquisa que tenha efetivo impacto na saúde pública, nomeadamente através do desenvolvimento de capacidade de pesquisa epidemiológica, de serviços e de implementação.

17) Assegurar que a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada e assinada pelo Brasil, se transforme em uma das referências éticas e de princípios de direitos humanos na área da saúde mental.

18) Desenvolver programas efetivos de prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

19) Expandir, apoiar e fortalecer iniciativas como CAPSadIII, unidades de acolhimento transitório adulto e infantil (UA/UAI) e consultório na rua, para assistência a usuários de álcool e outras drogas.

20) Ampliar políticas de moradia e apoio social (associados a emprego e renda) para usuários de álcool e outras drogas e pessoas com sofrimento mental grave, em situação de vulnerabilidade social, em parceria com a Assistência Social.

21) Ampliar e aprofundar ações intersetoriais, visando o cuidado integral, destacando-se a necessidade de reforçar a articulação com a política de Assistência Social.

Rio de Janeiro, 25 de março de 2015.

PARTICIPANTES DO SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E ATENÇÃO COMUNITÁRIA: INOVAÇÕES E
DESAFIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Este relatório e o anexo estão publicados na Plataforma de Saúde Mental da
Fundação Calouste Gulbenkian, de Portugal:

<http://www.gulbenkian.pt/Institucional/pt/Fundacao/ProgramasGulbenkian?a=4345>