

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL  
NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Caiane Steurer Schneider

**REFLETINDO SOBRE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO ATRAVÉS DAS  
PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO**

Santa Maria, RS  
2018

**Caiane Steurer Schneider**

**REFLETINDO SOBRE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO ATRAVÉS DAS PRÁTICAS  
DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Único de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde.**

Orientador: Prof. Dr. Héctor Omar Ardans Bonifacino  
Co-Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Jana Gonçalves Zappe

Santa Maria, RS  
2018

**Caiane Steurer Schneider**

**REFLETINDO SOBRE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO ATRAVÉS DAS PRÁTICAS  
DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Único de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde.**

**Aprovado em 23 de fevereiro de 2018:**

---

**Héctor Omar Ardans Bonifacino, Dr. (UFSM)**  
(Orientador)

---

**Jana Gonçalves Zappe, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Co-orientador)

---

**Douglas Casarotto de Oliveira, Me. (FISMA)**

---

**Amábile Augusta Minato, Esp. (UFSM)**

Santa Maria, RS  
2018

## RESUMO

### REFLETINDO SOBRE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO ATRAVÉS DAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO

AUTORA: Caiane Steurer Schneider

ORIENTADOR: Héctor Omar Ardans Bonifacino

CO-ORIENTADOR: Jana Gonçalves Zappe

Diante das mudanças na saúde mental através da Reforma Psiquiátrica e Sanitária, além de outros movimentos, ainda observa-se dificuldades no cotidiano da rede de atenção psicossocial. Uma delas consiste na cronificação de sujeitos nos serviços, apontando que a institucionalização se perpetua dentro das instituições. Este estudo tem por objetivo identificar evidências em artigos científicos acerca da nova configuração da rede de saúde mental, permitindo analisar as práticas de cuidado desinstitucionalizado e as dificuldades que vem sendo encontradas. Como método utilizou-se uma revisão integrativa de literatura com amostras de pesquisas qualitativas, com busca de artigos nas bases de dados Medline, Lilacs e Pubmed. Os estudos selecionados foram categorizados e subcategorizados apresentando o seguinte resultado: 1) Aspectos em consonância com as práticas de cuidado desinstitucionalizado; 2) Dificuldades a serem superadas; 3) Estratégias para superar práticas institucionalizantes. Percebeu-se a coexistência dos paradigmas asilar e psicossocial nas instituições, necessitando reformação de práticas para que não se sobreponha o modo asilar. Também se observou a demanda por mais investimentos em saúde mental, o que é fundamental para superar dificuldades e consolidar estratégias de enfrentamento.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Desinstitucionalização.

## **ABSTRACT**

### **REFLECTING ABOUT DEINSTITUTIONALIZATION THROUGH MENTAL HEALTH CARE PRACTICES: A REVIEW**

**AUTHOR:** Caiane Steurer Schneider

**ADVISOR:** Héctor Omar Ardans Bonifacino

**CO-ADVISOR:** Jana Gonçalves Zappe

In front of the Mental Health's changes, through Psychiatric and Sanitary Reforms further of other movements, it is still observed daily difficulties from psychosocial care network. One of those consists in subject's chronification on services, pointing that the institutionalization perpetuates inside institutions. This study aims identify evidences in scientific articles about the new mental health network configuration, allowing the analysis of deinstitutionalized care practices and the difficulties that have been found. The method used was an integrative review of literature with qualitative research samples, with search of articles in databases Medline, Lilacs and Pubmed. The selected studies was categorized and subcategorized presenting the following results:1) Aspects in consonance with deinstitutionalized care practices; 2) Difficulties to be overcome.3) Strategies to overcome institutionalizing practices. It was perceived the coexistence of the asylum and psychosocial paradigms in the institutions, needing reformation in practices so the asylum mode do not overlap. The demand for more investments in mental health was also observed, what is essential to overcome difficulties and consolidate confrontation's strategies.

**Keywords:** Mental Health; Mental Health Services; Deinstitutionalization.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 METODOLOGIA .....</b>	<b>9</b>
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>3.1 Aspectos em consinância com as práticas de cuidado desinstitucionalizado .....</b>	<b>11</b>
3.1.1 Redes sócio-afetivas .....	12
3.1.2 Polaridade de cuidados .....	12
3.1.3 Trabalho em equipe .....	13
3.1.4 Autonomia .....	13
<b>3.2 Dificuldades em serem superadas .....</b>	<b>14</b>
3.2.1 Formação e prática .....	14
3.2.2 Cuidado sem rede .....	15
3.2.3 Saber biomédico .....	15
<b>3.3 Estratégias para superar práticas institucionalizantes .....</b>	<b>16</b>
3.3.1 Supervisão e educação permanente .....	16
3.3.2 Ocupação de novos espaços .....	17
3.3.3 Diálogo .....	18
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>19</b>
<b>ANEXO A – QUADRO DE ARTIGOS SELECIONADOS .....</b>	<b>22</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A luta por mudanças no cuidado em saúde mental tem sido longa e árdua. Nesses quase 40 anos buscando transformações através dos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica no Brasil, muitos paradigmas puderam ser modificados, mas ainda são observadas algumas dificuldades para superar o modelo asilar, principal alvo dos movimentos de reforma. Diante disso, é preciso compreender as expressões destas mudanças e dificuldades no cotidiano dos serviços de saúde mental, ou seja, identificar como estão sendo implementadas estas mudanças enquanto práticas de saúde após as reformas, e quais as dificuldades enfrentadas por profissionais, usuários, famílias, gestão e comunidades.

Uma das dificuldades identificadas nos serviços alternativos tem sido a cronificação do sofrimento psíquico e a longa permanência dos usuários em tratamento, acarretando a institucionalização, mesmo em serviços abertos. Apesar dos movimentos pelo fim dos manicômios e por um novo modelo assistencial, que ocasionaram mudanças na forma de cuidar, privilegiando a liberdade e a autonomia dos usuários, entre outros princípios, ainda existem indivíduos que permanecem institucionalizados por longos períodos de tempo. Com relação a isso, Barros (2003) coloca que a necessária institucionalidade dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) acaba levando ao risco de promover uma institucionalização cronificada e cronificadora, reproduzindo o asilamento que tem se buscado superar.

O termo desinstitucionalização pode ser encontrado em diversos contextos, uma vez que reflete diferentes conceitos. Para distingui-los e demarcar o sentido proposto neste estudo, considera-se a conceitualização proposta por Amarante (2016), que distingue os termos desospitalização, desassistência e desconstrução. O primeiro se refere à retirada dos sujeitos de hospitais psiquiátricos e aproxima-se de um modelo sanitarista, uma vez que remonta aos princípios da Psiquiatria Preventiva e Comunitária. Essa desospitalização acarretaria no oferecimento de serviços extra-hospitalares de base comunitária, com prevenção e promoção de saúde. O termo desassistência indica a perspectiva daqueles que não acreditam na desinstitucionalização e que entendem que a retirada dos hospitais deixará os sujeitos desassistidos, sem a estrutura necessária na comunidade. E, por último tem-se a desconstrução, em que se critica o modelo psiquiátrico, levando em consideração as novas formas de subjetivação. Questiona o aparato prático-teórico da positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade de causa-efeito. Também faz referência ao que Franco Basaglia conceitua como desinstitucionalização, como um processo de transformações no campo do saber e das instituições, servindo de apoio à causa da Reforma Psiquiátrica.

Os três sentidos da desinstitucionalização por vezes se cruzam, estando juntos em certos momentos, porém é principalmente o sentido de desconstrução que buscamos considerar neste trabalho, uma vez que objetiva-se compreender o reflexo disso nas redes de saúde mental. A presença dos novos modelos nas instituições, assim como a permanência dos velhos, se materializa através das práticas que atravessam o funcionamento institucional.

A contradição entre os modelos asilar e psicossocial é determinante para entender as práticas de saúde mental, visto que são modos de trabalho diferentes e servem como referência para observá-las. Costa-Rosa (2013) explica que conjugam ideologias, ética, teorias e interesses. Ao analisar a organização das instituições, este autor diferenciou-as de acordo com dois paradigmas. O primeiro, que remete ao modo asilar, chamou de PPHM (Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador), com dominância quantitativa, é representado pela psiquiatria e pelos hospitais psiquiátricos, onde as relações sociais e subjetivas são fundadas através do discurso médico. Ainda neste paradigma, o paciente é compreendido através do DSM (manual diagnóstico e estatístico das desordens mentais) e seu tratamento é através do medicamento. Já o PPS (Paradigma Psicossocial) remete a Reforma Psiquiátrica e a Assistência Psicossocial como práticas alternativas ao modelo anterior. Os interesses do PPS identificam-se aos interesses do paciente (usuário), considerando fatores psíquicos e socioculturais como essenciais, tanto na configuração dos problemas quanto nos meios para sua resolução.

Um marco importante para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e o processo de desinstitucionalização foi a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Esta lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Ela foi criada para reorientar o modelo que vinha sendo utilizado, garantindo direitos sobre a internação, preconizando a humanização do cuidado e a inserção comunitária, entre outros. No entanto, o texto da lei aprovada não assegurou algumas das aspirações mais fundamentais do projeto original, tais como a extinção progressiva dos manicômios. Mesmo assim, revogou a arcaica legislação de 1934, que ainda estava em vigor, e significou um avanço considerável no modelo assistencial, principalmente ao direcionar a terapêutica para além da psiquiatria. Esta lei ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 2007).

A partir desse contexto de mudanças e permanências no cuidado em saúde mental, torna-se relevante identificar as evidências disponíveis em artigos científicos acerca da nova configuração da rede de saúde mental, sobretudo a partir da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ocorrida em 2001. Este levantamento permitirá analisar tanto as

práticas de cuidado desinstitucionalizantes que vem sendo utilizadas, quanto as dificuldades que vem sendo enfrentadas, acarretando a permanência da institucionalização. Trata-se de um conhecimento que poderá contribuir com a continuidade dos processos de mudança e luta por um novo modelo de cuidado, que garanta a integralidade e promova a liberdade e autonomia dos usuários, um desafio que ainda precisa ser enfrentado.

## **2 METODOLOGIA**

Este estudo consiste em uma revisão integrativa de literatura, dando embasamento teórico acerca da temática do cuidado em saúde mental a partir da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A partir da sistematização das evidências localizadas nos estudos, esta revisão oferece informações que podem contribuir com os processos de tomada de decisão nas ciências da Saúde. Para isso, foram incluídos estudos primários com objetivos, materiais e métodos claramente explicitados (BOTELHO et al., 2011).

A revisão integrativa torna viável a aproximação com o tema a ser estudado, podendo ser vislumbrado o mesmo no decorrer de certo tempo. Assim, possibilita a construção de um sumário da literatura, numa área de conteúdo, em que a pesquisa é resumida, analisada, e as conclusões totais são extraídas, revisando métodos e teorias sobre determinado tópico. As amostras são de pesquisas qualitativas. (WHITEMORE; KNAFL,2005).

O primeiro passo da revisão consistiu na formulação da pergunta de pesquisa e identificação das estratégias de busca. Desta forma, utilizou-se o modo PICOD, sendo (P) quem ou quais; (I) o que; (C) comparação; (O) resultados; (D) desenho, como; para orientar a formulação. A partir disso, a questão de pesquisa foi: “Quais práticas os profissionais dos serviços da rede de saúde mental brasileira vem utilizando para realização efetiva do cuidado desinstitucionalizado e quais dificuldades estão enfrentando?”

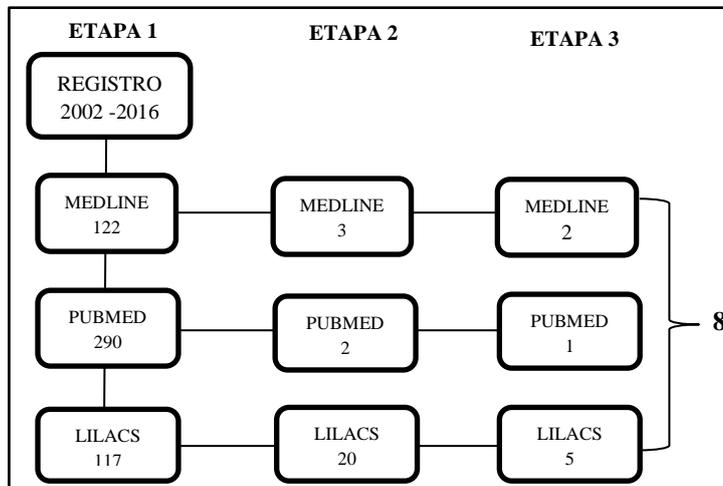
As bases de dados selecionadas para a busca foram: Medline, Lilacs e Pubmed. Referenciadas pelos Descritores em Ciências da Saúde (Decs), as palavras-chave utilizadas foram: desinstitucionalização “and” serviços de saúde mental “or” saúde mental. Os operadores booleanos acima tem funções delimitadas na busca, sendo que “and” procura artigos que contenham ambos os descritores e “or” que contenham um ou o outro. Nas fontes encontradas sempre haverá o descritor “desinstitucionalização” acompanhado de “serviços de saúde mental” ou de “saúde mental”. Entre os anos de 2002 e 2016, foram recuperados 529 artigos.

A segunda etapa consistiu em estabelecer os critérios de inclusão e exclusão. Para o primeiro, incluiu-se artigos primários originados de pesquisas realizadas no Brasil, em português, inglês e espanhol, e como recorte de tempo entre 2002 e 2016. Este último critério é devido a Lei 10.216 de 2001, com intervalo iniciando no ano seguinte da sua criação até o ano de construção deste projeto de estudo. Após esta etapa, os estudos foram identificados e pré-selecionados.

A partir da pré-seleção permaneceram 3 artigos da fonte Medline, 2 da fonte Pubmed e 20 da fonte Lilacs. Foi necessário selecionar artigos em consonância com o objetivo da pesquisa, uma vez que se tratam de estudos qualitativos e passaram por uma segunda revisão, de forma rígida, com aplicação de critérios de validação dos estudos.

Na seleção final, permaneceram 2 da fonte Medline, 1 da fonte Pubmed e 5 da fonte Lilacs. Os artigos excluídos nesta última seleção não se adequaram aos critérios relacionados a metodologia de pesquisa (47%), aprofundamento da temática principal (41%) ou não foram encontrados na íntegra (12%).

Quadro 1: Etapas da Seleção de artigos.



Fonte: autores.

Na quarta etapa, os dados destes artigos como ano, autores, objetivo, delineamento, cenário, metodologia, entre outros foram tabelados para auxiliar no processo de seleção, com validação e diminuição de erros (anexo A).

A categorização do conteúdo dos artigos foi realizada a partir do método proposto por Bardin (2006), criando-se três categorias principais: 1) Aspectos em consonância com as práticas de cuidado desinstitucionalizado; 2) Dificuldades a serem superadas e 3) Estratégias para superar práticas institucionalizantes. Após esta identificação, os dados encontrados foram

subcategorizados. E por fim, a quinta etapa consistiu na análise, interpretação e discussão dos resultados.

Quadro 2: Categorização e subcategorização de conteúdo000

Categorias	Subcategorias	Percentual encontrado nos estudos (%)
1. Aspectos em consonância com as práticas de cuidado desinstitucionalizado	1.1 Redes sócio afetivas	50%
	1.2 Polaridade de cuidados	37,50%
	1.3 Trabalho em equipe	25%
	1.4 Autonomia	25%
2. Dificuldades a serem superadas	2.1 Formação e prática	62,50%
	2.2 Cuidado sem rede	50% <sup>0</sup>
	2.3 Saber biomédico	37,50%
	2.4 Desinvestimento	37,50%
3. Estratégias para superar práticas institucionalizantes	3.1 Supervisão e educação permanente	75%
	3.2 Ocupação de novos espaços	50%
	3.3 Diálogo	37,50%

Fonte: Autores.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para analisar as categorias construídas salienta-se que as mesmas têm como base as práticas desinstitucionalizantes, dentro do paradigma psicossocial. Costa – Rosa (2000) explica que por oposição ao modo asilar como paradigma das práticas dominantes, designa como modo psicossocial ao paradigma que vai se configurando tendo por base as práticas da reforma psiquiátrica. Características do modelo asilar e do modelo alternativo (psicossocial) ficarão evidenciadas na discussão abaixo, auxiliando na compreensão do antagonismo entre as práticas tradicionais e reformadas.

#### 3.1 Aspectos em consonância com as práticas de cuidado desinstitucionalizado

### **3.1.1 Redes sócio-afetivas**

A subcategoria com maior representatividade, presente nos artigos de NUNES et al. (2008), SEVERO; DIMENSTEIN (2011), ANTUNES; QUEIROZ (2007) e BOSI et al. (2012), aborda o olhar do profissional para a rede de apoio e aparato social do sujeito, articulando-os como parte de seu tratamento. Esse olhar permeia um trabalho ampliado, uma vez que entende o sofrimento ligado ao isolamento e a necessidade de fortalecer as relações sociais. A partir de um estudo qualitativo sobre o cotidiano institucional das atividades desenvolvidas em um CAPS de Minas Gerais, Antunes e Queiroz (2007) indicam que alguns dos aspectos cruciais para a realização de um trabalho desinstitucionalizado envolvem a reinserção do paciente em seu meio social e familiar e o contato mais imediato da equipe de saúde com a realidade cotidiana do paciente.

Destacando aspectos das narrativas de alguns profissionais de um CAPS em Salvador, acerca da inclusão da dimensão social nas práticas, Nunes et al (2008) demonstra que esse aspecto revela um novo tipo de concepção de cuidado que está pautado na ênfase sobre as necessidades sociais dos usuários e não apenas atrelado ao diagnóstico. Deste modo, entende-se que atividades como a aproximação e contato familiar, inserção no trabalho, na comunidade, acesso a informação e educação, entre outros, englobam possibilidades de criação de espaços de produção de vida e saúde para os usuários.

### **3.1.2 Polaridade de cuidados**

Observa-se nos artigos de RIBEIRO (2014), LIMA; BRASIL (2014), ANTUNES; QUEIROZ (2007), a apropriação, no fazer dos profissionais, entre a diferença das práticas quando o tratamento acontece sob o modelo tradicional e psicossocial. A segunda subcategoria vai tratar desta compreensão acerca da polaridade de cuidados entre um modelo e outro, assim como o retorno terapêutico destas práticas.

Ao pesquisar a passagem do cuidado, do Hospital Psiquiátrico para os CAPS, através da perspectiva de usuários, Ribeiro (2014) coloca que esta polaridade fica bastante evidente nas falas dos entrevistados ao fazerem, de forma espontânea, comparações entre o cuidado recebido nos dois campos assistenciais. A internação no Hospital Psiquiátrico está sendo representada pelo cuidado tradicional, enquanto práticas invasivas, privações, isolamento, já o cuidado no CAPS, é representado pelo cuidado em liberdade, com respeito a identidade,

aproximação familiar. Tratam-se de concepções de trabalho diferentes que não estão ligadas a lugares específicos, mas a novas ou velhas práticas de trabalho.

Verifica-se uma unanimidade, entre os profissionais entrevistados, na avaliação de que os pacientes tratados a partir do processo de desospitalização têm sido amplamente beneficiados em relação aos pacientes tratados na forma hospitalar tradicional (ANTUNES; QUEIROZ, 2007). Ainda que estas práticas enfrentem diversas dificuldades no dia-a-dia, observa-se o quanto as novas práticas sobrepõem-se ao modelo tradicional, e mais importante, muitos profissionais reconhecem os impactos destes modos de cuidar.

### **3.1.3 Trabalho em equipe**

O trabalho em equipe, outro ponto destacado, está presente nos estudos de SEVERO; DIMENSTEIN (2011), ANTUNES; QUEIROZ (2007) e BOSI et al. (2012). Percebe-se que as discussões rumam para necessidade de modificar a centralidade médica, uma vez que se trata de um processo oposto à interação de equipes inter, trans ou multidisciplinares. Desta forma, encontrou-se modos de trabalho que estão marchando em direção a um processo de diálogo e cooperação entre os trabalhadores dos serviços.

Antunes e Queiroz (2007) ao estudarem a desospitalização, verificaram que nas práticas de profissionais do CAPS em Minas Gerais existe uma tendência de crescimento da perspectiva interdisciplinar, envolvendo tanto o respeito às especialidades como um ímpeto natural de estabelecimento de pontes que possibilitam o diálogo. A partir da relação de cada profissional com o usuário nascem diferentes representações. Nos momentos de discussão entre equipe os diferentes olhares de cada ator são valorizados, conectando o saber das profissões e agregando a um todo. Este modo de trabalho cooperado pode construir relações mais horizontais entre as equipes.

### **3.1.4 Autonomia**

Poucos artigos, BOSI et al. (2012) e MÂNGIA; RICCI (2011), elucidaram práticas com finalidade de produzir autonomia. Entretanto este ponto trata de um tema primordial para a desinstitucionalização, uma vez que a tutela, a anulação subjetiva e a padronização do tratamento eram acompanhantes diários na vida das pessoas no paradigma asilar.

As práticas de cuidado no paradigma psicossocial consideram o usuário como escritor de sua própria história, autônomo e livre para fazer suas escolhas. A partir de uma pesquisa

acerca da desinstitucionalização realizada com usuários, profissionais e familiares em um serviço residencial terapêutico (SRT) em São Paulo, Mângia e Ricci (2011) explicam que se deve reconhecer que as posturas técnicas e políticas dos profissionais envolvidos no processo de reabilitação proporcionam a construção de espaços de trocas, inclusão e ganho de autonomia dos moradores. A autonomia é construída no dia-a-dia, deste modo é importante pensar de que forma se desenvolve dentro dos serviços de saúde mental, como por exemplo nas atividades propostas no Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada sujeito.

### **3.2 Dificuldades em serem superadas**

#### **3.2.1 Formação e prática**

Entre os pontos mais discutidos nos estudos, BOSI et al. (2012), NUNES et al. (2008), MARTINHAGO; OLIVEIRA (2015), LIMA; BRASIL (2014) e MÂNGIA; RICCI (2011), destaca-se a forma com que as práticas vêm se reproduzindo, seja a incongruência com fazer o psicossocial, seja entre os discursos que se interpelam e não se conversam dentro das instituições. Aponta-se a escassa reflexão teórica dentro dos serviços e entre os trabalhadores, assinalando práticas controversas, mostrando ainda a necessidade de conversação entre a prática e a teoria.

Bosi et al (2012) ao interrogar-se sobre a eficácia das práticas em saúde mental por meio da perspectiva de usuários que participam de uma Associação em Fortaleza, percebeu a necessidade de transformar o saber e o fazer dos profissionais. Isto é, a organização de novas bases teóricas e práticas de condução dos projetos assistenciais e a invenção de novos modos de produzir saúde.

Estas preocupações demonstram o quanto se precisa investir nos profissionais, preparando-os para o trabalho em saúde mental com aparatos teóricos em prol de um tratamento ético e de qualidade. Segundo Martinhago e Oliveira (2015) ao analisarem a institucionalização de usuários em um CAPS de Santa Catarina, perceberam que muitos dos profissionais que em tese trabalham para tornar mais efetivo um novo modelo de cuidado e assistência, nos moldes psicossociais, revelaram-se céticos ou francamente desfavoráveis às ações de desinstitucionalização. As resistências encontradas nos serviços fazem com que as ações distanciem-se das propostas pela política de saúde mental.

### **3.2. 2 Cuidado sem rede**

A dificuldade que atravessa o segundo ponto trata-se das redes, propiciadoras de um trabalho com o indivíduo em sua integralidade. Considerando as redes enquanto arranjos de ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas dentro do SUS, esta dificuldade traduz-se na insuficiência de dispositivos dentro das redes de saúde para fortalecer as atividades de desinstitucionalização. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Destaca-se as redes intersetoriais, que englobam outras esferas da vida dos sujeitos, onde diversos artigos apontaram fragilidades e poucos recursos.

Para os profissionais dos dispositivos existentes em algumas regiões de saúde se confere um trabalho solitário, sem muitas possibilidades de acessar e conversar com outros pontos da rede. Segundo Martinhago e Oliveira (2015) os profissionais do CAPS estudado alegaram que o Estado não oferece recursos ou incentivos, o que resulta na ausência de centros de convivência, cooperativas, espaços que contribuam para o desenvolvimento da autonomia e reinserção social. Este fator torna-se um empecilho para desinstitucionalização e construção de uma rede eficaz.

Sabe-se que as demandas em saúde mental estão para além da necessidade de atendimento médico e medicamentos, são de saúde como um todo, moradia, trabalho, lazer, cultura, entre outros. A partir de um estudo sobre a cronificação das práticas profissionais em um ambulatório de saúde mental, Severo e Dimenstein (2011) destacam que além das iniciativas dos profissionais dos serviços, as possibilidades poderiam ser ampliadas se efetivamente a gestão-administração se encarregasse de fazer parcerias e priorizasse a intersetorialidade como estratégia fundamental na rede de atenção psicossocial. Desta forma, a atenção à saúde não se restringe aos muros institucionais, sendo tecida em outras esferas da vida, próximas do cotidiano dos sujeitos.

### **3.2.3 Saber biomédico**

A verticalidade na relação dentro dos serviços de saúde mental, colocando o saber do médico como primordial no cuidado, aponta para uma das dificuldades que mais remetem ao paradigma asilar e está presente em alguns estudos. Antunes e Queiroz (2008) ao analisar as representações dos profissionais e o cotidiano de um CAPS, aponta que o exercício das práticas destes profissionais está baseada no diagnóstico psiquiátrico, com alusão às causas

biológicas da doença mental. Quando pautado por este modo de cuidado o tratamento desconsidera a complexidade da dimensão psicossocial.

Seja pela crença na cura pelo tratamento medicamentoso, pela insegurança, despreparo ou falta de diálogo da equipe, entre outros pontos discutidos nos textos, em muitos lugares os processos de trabalho organizam-se de acordo com a agenda médica. Severo e Diemenstein (2011) exemplificam esta questão no ambulatório de saúde mental através da existência uma verticalização dos modos de trabalho orientados pelo predomínio do saber psiquiátrico que ordena o cotidiano do serviço, as consultas são prioridade e determinam os projetos terapêuticos. Os textos mostram que a valorização de um só saber desvaloriza e vela o trabalho dos outros profissionais da equipe, atribuindo os avanços a determinadas especialidades e não ao trabalho da equipe como um todo. Também reforça características do paradigma asilar como benéficas aos sujeitos.

### **3.2.4 Desinvestimento**

A última subcategoria deste segmento trata-se do investimento financeiro insuficiente nas políticas de saúde, em especial para as necessidades da saúde mental. Através dos estudos de ANTUNES; QUEIROZ (2007), LIMA; BRASIL (2014) e MARTINHAGO; OLIVEIRA (2015) percebeu-se que muitas atividades realizadas nos serviços para desenvolver ações de desinstitucionalização esbarram no recurso financeiro. De acordo com Lima e Brasil (2014), ao analisarem os impactos de programas sociais na desinstitucionalização em um SRT, os recursos financeiros repassados não são suficientes para manter a casa e os valores faltantes são advindos de auxílios recebidos por moradores. Dispositivos criados para alavancar a desinstitucionalização muitas vezes limitam-se aos recursos. Percebeu-se que muitos textos apontam que a Reforma Psiquiátrica não deveria seguir o caminho da racionalidade econômica, e sim procurar construir uma rede que ofereça os recursos necessários para as demandas da saúde mental.

## **3.3 Estratégias para superar práticas institucionalizantes**

### **3.3.1 Supervisão e educação permanente**

Inicia-se a discussão das estratégias através da subcategoria que teve maior visibilidade, nos estudos de NUNES et al. (2008), MARTINHAGO; OLIVEIRA (2015),

LIMA; BRASIL (2014), MÂNGIA; RICCI (2011), SEVERO; DIEMENSTEIN (2011) e ANTUNES; QUEIROZ (2007). A mesma trata da necessidade de maior comprometimento da gestão enquanto promotora de reflexão teórica para os profissionais da rede de saúde mental, assim como espaços de capacitação, educação permanente, apoio a qualificações, entre outros.

Percebe-se que este aspecto possui uma estreita ligação com a dificuldade de Formação e Prática, que também teve maior representatividade nos textos, pois estimula o exercício de práticas com maior embasamento teórico e debate dentro dos serviços. Lima e Brasil (2014) a partir do encontro com os usuários de um SRT e acompanhamento do seu dia-a-dia, destacam que o CAPS em que realizam seu tratamento passa por inúmeras dificuldades. Apenas de seu imenso potencial, este CAPS necessita de maior apoio para realização da proposta da desinstitucionalização, incluindo ações de educação permanente e supervisão clínica, dada as circunstâncias em que estão sobrevivendo, como rede de saúde e assistência com pouca cobertura.

Esta estratégia estimula a possibilidade de repensar as práticas e principalmente os obstáculos do cotidiano. Muitos textos apontam para uma necessidade criativa e inovadora frente a falta de recursos, mas que por vezes não se dá sozinha e sim com outras formas de apoio. Em uma situação semelhante, em um CAPS de Salvador, Nunes et. Al (2008) aponta para a necessidade de espaços de formação permanente que permitam trocas de pensamentos e de experiências entre os profissionais e os serviços, capazes de lutar contra o enrijecimento dos desejos e dos fazeres dos sujeitos cuidadores.

### **3.3.2 Ocupação de novos espaços**

A segunda subcategoria trata da estratégia de ampliação da rede para além das estruturas do SUS, estimulando os serviços a criarem possibilidades para que os usuários apropriem-se de outros espaços no seu cotidiano. Isto é, potencializar o encontro do sujeito com espaços como lazer, cultura, família, trabalho, educação e incentivar o exercício da autonomia. Através da inserção de usuários em CAPS de Alagoas como estratégia de desinstitucionalização, Ribeiro (2014) explica que a mesma deve ser entendida como um processo contínuo e seu alcance não deve estar limitado às esferas da saúde e do cuidado, mas sim, deve ser espalhado em todos os espaços do cotidiano, alastrado em todas as dimensões que expressam a vida em sociedade.

Frente às limitações que se apresentam, dos serviços e da cidade, é preciso que os profissionais do ambulatório e de outros dispositivos pensem nesta estratégia de forma

criativa e inovadora, como por exemplo, através de grupos “não formalizados” dentro da política de saúde mental, não dentro dos muros dos serviços, mas no território e a partir das demandas dos sujeitos. Há uma necessidade de criar novos espaços de relações sociais na sociedade que incluam o louco. (SEVERO, DIEMENSTEIN, 2011, p. 344).

### **3.3.3 Diálogo**

O último ponto deste estudo diz respeito ao diálogo entre os profissionais das equipes de saúde mental. Verificou-se que os textos de NUNES et al. (2008), SEVERO; DIEMENSTEIN (2011) e ANTUNES; QUEIROZ (2007) trouxeram a expressão “diálogo” para que ocorra maior interação entre os membros, dando efetividade as atividades interdisciplinares e levando conhecimento de uma profissão à outra enquanto proposta de valorização e horizontalização dos saberes.

No CAPS de Andradas, entendeu-se que no trabalho em saúde mental é de extrema importância o diálogo entre as especialidades e que todas estão implicadas em um processo maior. A integração necessária nas equipes encontra-se no sentido de aprofundar a interação e o diálogo interdisciplinar. Faz parte deste aprofundamento a visão de que o conceito de saúde diz respeito a um fenômeno integral, que só pode ser acessível a um conjunto de especialidades em constante interação e diálogo. (ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

## **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os estudos analisados apresentaram uma característica em comum e que está conectada com dificuldades que colaboram com o prolongamento da cronificação dentro das instituições. Isto é, a coexistência dos dois paradigmas, asilar e psicossocial, dentro da mesma instituição. Por vezes percebeu-se que as práticas asilares se sobrepõem, o que implica em uma instituição caracterizada por esse tipo de práxis. Vale lembrar que, para o modelo ser alternativo, é necessário um conjunto contraditório de práticas às asilares. Como não há este conjunto formado, entende-se que nem todas as instituições psicossociais possuem o perfil psicossocial de práticas, o que ainda permanece como um objetivo a ser atingido.

As duas primeiras categorias são contrárias enquanto alguns conteúdos das subcategorias. Isto aponta que alguns serviços estão mudando e trabalham sob modo psicossocial, seja na forma com que veem o objeto de trabalho, na organização da instituição, no relacionamento com outros atores para além dos profissionais ou na postura ética. Porém,

também demonstra retrocesso, uma vez que se tem um número maior de estudos apresentando dificuldades relacionadas às práticas pautadas no modelo tradicional. As práticas tradicionais são cronificadoras, institucionalizam sujeitos, e por isso precisam ser constantemente reformadas. Compreende-se que a luta por mudanças nesse âmbito é necessária, ainda que houveram muitos avanços desde a Lei 10216/2001.

A subcategoria com maior representatividade nos artigos diz respeito da formação e apoio teórico. Não é surpresa esse destaque nos estudos, visto que muitos profissionais apoiam a reforma psiquiátrica, mas não percebem que suas práticas seguem rumos diferentes. Em alguns casos, a precariedade ou falta de recursos físicos e humanos para o trabalho, também são aspectos que dificultam a consolidação do modelo de atenção psicossocial. Entende-se que é preciso maior reflexão e investimento na qualidade do trabalho realizado em saúde mental, especialmente a partir da conscientização dos gestores sobre a importância da atenção psicossocial.

Não com tanta representatividade, porém crucial neste processo, tem-se subcategoria “Desinvestimento”. A rede apresentada em grande parte dos estudos mostra-se ainda insuficiente quanto seus recursos. A portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (que instituiu a rede de atenção psicossocial) e outras, apresentam um desenho de rede que dificilmente encontra-se fora do papel. Deste modo, falamos da necessidade de investir nos dispositivos da rede, mas também no trabalhador e nas equipes, consolidando a primeira estratégia, e apoiando-os frente aos empecilhos encontrados no cotidiano de trabalho.

Não foram encontrados artigos que abordassem exclusivamente a cronificação a partir da perspectiva dos usuários. É preciso ampliar pesquisas que aprofundem essa temática e que expressem o outro lado, as representações dos mesmos sobre a institucionalização. Espera-se que este trabalho possa impulsionar novas pesquisas, mas principalmente sirva de reflexão para profissionais que trabalham com a saúde e assistência, entendendo saúde mental como presente em todos os âmbitos de trabalho.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **O homem e a Serpente**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cad. Saúde Pública** [online]. Rio de

Janeiro, vol.23, n.1, p.207-215, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/21.pdf>> Acesso em: ago 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BARROS, R. B. Reforma psiquiátrica brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 196-206.

BOSI, M. L. M. et al. Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online], Rio de Janeiro, vol.17, n.3, p.643-651, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a10.pdf>> Acesso em: jul 2017.

BOTELHO, L. L.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**. Belo Horizonte, vol.23, n. 11, p. 121-136, maio-ago, 2011. Disponível em: <<http://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1220/906>> Acesso em: maio 2017.

BRASIL. **Lei 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. Brasília: Planalto, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: 2005.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: EDITORA FIOCRUZ, 2000. (Loucura & Civilização collection), p. 141-168.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

LIMA, S. S.; BRASIL, S. A. Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização. **Physis** [online], Rio de Janeiro, vol.24, n.1, p.67-88, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00067.pdf>> Acesso em: ago 2017.

MÂNGIA, E. F.; RICCI, E. C. "Pensando o habitar" trajetórias de usuários de serviços residenciais terapêuticos. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 182-190, mai – ago 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14136/15954> Acesso em: ago 2017. Acesso em: ago 2017.

MARTINHAGO, F; OLIVEIRA, W. F. (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos centros de atenção psicossocial de Santa Catarina, Brasil. **Saúde e Sociedade**. [online], São Paulo, vol.24, n.4, p.1273-1284, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n4/1984-0470-sausoc-24-04-01273.pdf>> Acesso em: jul 2017.

NUNES, M. et al. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, vol.24, n.1, p.188-196, Jan 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/18.pdf>> Acesso em: jul 2017.

RIBEIRO, M. C. Os Centros de Atenção Psicossocial como espaços promotores de Vida: relatos da desinstitucionalização em Alagoas. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 174-182, set – dez 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/64900/87151>> Acesso em: Jul 2017.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho e gestão na estratégia de atenção psicossocial. **Psicol. Soc.** [online]. Florianópolis, vol.23, n.2, pp.340-349, mai – ago 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n2/a15v23n2.pdf>> Acesso em: ago 2011

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, dec 2005. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/wol1/doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x/full>> Acesso em May/ 2017.

## ANEXO A – QUADRO DE ARTIGOS SELECIONADOS

TÍTULO	REFERÊNCIAS	OBJETIVO DA PESQUISA	CENÁRIO	OBJETO ESTUDADO	INSTRUMENTO DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS	LOCAL
Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil	BOSI, Maria Lúcia Magalhães et al. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.3, pp.643-651.	Interrogar sobre a efetividade das práticas de cuidado inovadoras desenvolvidas em um Movimento de Saúde, na perspectiva dos usuários desse dispositivo.	Associação Comunitária de Saúde Mental	Usuários da rede de saúde mental	Entrevistas e grupo focal. Crítico-interpretativa.	Fortaleza - Ceará
A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil	NUNES, Mônica et al. Cad. Saúde Pública [online]. 2008, vol.24, n.1, pp.188-196.	Estudar como os profissionais interpretam o sofrimento mental e como desenvolvem a assistência e intervenções nas instituições de saúde mental.	Centro de Atenção Psicossocial	Profissionais da rede de saúde mental	Entrevistas semiestruturadas e grupos focais. Modelo semiológico e contextual.	Salvador - Bahia
(Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos centros de atenção psicossocial de Santa Catarina, Brasil	MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Saude soc. [online]. 2015, vol.24, n.4, pp.1273-1284.	Analisar a desinstitucionalização em sua relação direta com o fenômeno da institucionalização de sujeitos acometidos por transtorno psíquico.	Centro de Atenção Psicossocial	Profissionais da rede de saúde mental	Entrevistas semiestruturadas e questionários Descritivo e exploratório - a hermenêutico-dialética de Gadamer (2002), Habermas (2009) e Stein (1987),	Santa Catarina
Os Centros de Atenção Psicossocial como espaços promotores de Vida: relatos da desinstitucionalização em Alagoas	RIBEIRO, Mara Cristina. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013, v. 24, n. 3, p. 174-182, sep. 20	Estudar a passagem do cuidado, dos hospitais para os CAPS, analisando o contexto da desinstitucionalização	Centro de Atenção Psicossocial	Profissionais, usuários e familiares da rede de saúde mental	Entrevistas. Método da História Oral Temática. Análise de Conteúdo de Bardin	Alagoas
Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização	LIMA, Sheila Silva ; BRASIL, Sandra Assis. Physis [online]. 2014, vol.24, n.1, pp.67-88.	Observar o impacto dos programas "De volta para casa" e "BPC" no processo de desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico	Usuários da rede de saúde mental	Observação participante e pesquisa documental.	Salvador - Bahia

<p>"Pensando o habitar" trajetórias de usuários de serviços residenciais terapêuticos</p>	<p>MÂNGIA, Elisabete Ferreira; RICCI, Ellen Cristina. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. v. 22, n. 2, p. 182-190.</p>	<p>Analisar o percurso de desinstitucionalização de usuários de serviços residenciais terapêuticos, identificando as principais mudanças e necessidades no cotidiano dos serviços.</p>	<p>Serviço Residencial Terapêutico</p>	<p>Usuários, profissionais e cuidadores da rede de saúde mental</p>	<p>Observação participante, entrevistas, diário de campo e consulta documental. Investigação qualitativa de base etnográfica.</p>	<p>Santo André - São Paulo</p>
<p>Processos de trabalho e gestão na estratégia de atenção psicossocial</p>	<p>SEVERO, Ana Kalliny; DIMENSTEIN, Magda. Psicol. Soc. [online]. 2011, vol.23, n.2, pp.340-349.</p>	<p>Analisar os processos relacionados à cronificação no cotidiano da equipe de um serviço ambulatorial da rede de saúde mental e discutir estratégias de enfrentamento.</p>	<p>Ambulatório de Saúde Mental</p>	<p>Profissionais da rede de saúde mental</p>	<p>Observação das atividades cotidianas, análise de registros e rodas de conversa. Análise institucional (Rodrigues, 2004)</p>	<p>Natal - Rio Grande do Norte</p>
<p>A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa</p>	<p>ANTUNES, Sônia Marina Martins de Oliveira ; QUEIROZ, Marcos de Souza. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol.23, n.1, pp.207-215.</p>	<p>Avaliar o processo de desospitalização (como fenômeno que leva os usuários para o tratamento em caps) no interior da reforma psiquiátrica</p>	<p>Centro de Atenção Psicossocial</p>	<p>Profissionais da rede de saúde mental</p>	<p>Entrevistas gravadas, semi-estruturadas e observação participante. Extração de categorias, unidades de significado e análise, de acordo com os procedimentos preconizados por Bardin e Martins &amp; Bicudo.</p>	<p>Andradas - Minas Gerais</p>

Fonte: autores.

