

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO DESPORTO  
CURSO DE BACHARELADO EM MEDICINA**

**Sara Mille Souza Silva**

**Maysa Micaelle Rodrigues Moura**

**A DESCENTRALIZAÇÃO DO AMBULATÓRIO NO HOSPITAL DE  
SAÚDE MENTAL DO ACRE NA PERCEPÇÃO DOS GESTORES  
DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE RIO BRANCO**

**Rio Branco**

**2023**

**Sara Mille Souza Silva**  
**Maysa Micaelle Rodrigues Moura**

**A DESCENTRALIZAÇÃO DO AMBULATÓRIO NO HOSPITAL DE  
SAÚDE MENTAL DO ACRE NA PERCEPÇÃO DOS GESTORES  
DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE RIO BRANCO**

**Trabalho de Conclusão de Curso,  
apresentado conforme as exigências do  
Curso de Medicina da Universidade  
Federal do Acre, UFAC.**

**Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro  
Silveira**

**Rio Branco  
2023**

S586d Silva, Sara Mille Souza, 1997 -

A descentralização do ambulatório no hospital de saúde mental no Acre na percepção dos gestores da rede de atenção psicossocial de Rio Branco/ Sara Mille Souza Silva e Maysa Micaelle Rodrigues Moura; orientador: Dr. Rodrigo Pinheiro Silveira. – 2023.

27 f.: il.; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Bacharel em Medicina, Rio Branco, 2023.

Inclui referências bibliográficas.

1. Saúde mental. 2. Descentralização. 3. Reforma psiquiátrica. I. Singui, Isabele Monteiro. II. Gomez, Luiz Fernando Borja (Orientador). III. Título.

CDD: 610.73

---

Bibliotecária: Nádia Batista Vieira CRB-11º/882.

## Resumo

Até a década de 1970, a assistência psiquiátrica predominante no Brasil era fundamentada em um grande número de hospitais psiquiátricos e na administração medicamentosa excessiva, que culminava na baixa qualidade de cuidados e nas frequentes violações dos direitos humanos. Com o Movimento da Reforma Psiquiátrica buscou-se reduzir a quantidade de leitos em hospitais psiquiátricos e melhorar as condições de vida do doente mental. Apesar dos avanços advindos da reforma psiquiátrica, encontram-se verdadeiros desafios no processo de desinstitucionalização do tratamento psiquiátrico. **Objetivo:** compreender a percepção dos gestores de saúde da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) sobre o processo de descentralização do ambulatório do HOSMAC. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Os participantes da pesquisa foram os gestores que atuam Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Rio Branco – Acre. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, posteriormente submetidas à análise de conteúdo de acordo com a metodologia analítica proposta por Bardin (2011). **Resultados e discussão:** Como principais dificultadores do processo, foram apontados a falta de participação dos grandes gestores, a perpetuação da cultura de encaminhamento, as equipes reduzidas e frágeis, a persistência do pensamento manicomial e a morosidade burocrática. Como pontos favoráveis, a territorialização do cuidado e o Apoio Matricial tiveram maior destaque. **Considerações Finais:** Apesar de compreenderem a importância das mudanças propostas no cuidado em saúde mental, a maioria dos entrevistados relatou uma percepção pouco positiva acerca do processo de descentralização do ambulatório do HOSMAC.

**Palavras-chave:** Saúde mental; Descentralização; Reforma psiquiátrica.

## **Abstract**

Until the 1970s, the predominant psychiatric care in Brazil was based on a large number of psychiatric hospitals and the excessive administration of medication, which culminated in low quality care and frequent violations of human rights. The Psychiatric Reform Movement sought to reduce the number of beds in psychiatric hospitals and improve the living conditions of the mentally ill. Despite the advances arising from the psychiatric reform, there are real challenges in the process of deinstitutionalization of the psychiatric sector. Objective: to understand the perception of health managers of the Psychosocial Care Network (RAPS) about the process of decentralization of the HOSMAC outpatient clinic. Methodology: This is a descriptive-exploratory study with a qualitative approach. The research participants were the managers who work in the Psychosocial Care Network (RAPS) in Rio Branco - Acre. Semi-structured interviews were conducted, subsequently observed in the content analysis according to the analytical methodology proposed by Bardin (2011). Results and discussion: As the main impediments to the process, the lack of participation of the great managers, the perpetuation of the culture of referral, the small and resistant teams, the persistence of the asylum thinking and the bureaucratic slowness were pointed out. As points of attention, the territorialization of and the Matrix Support had greater prominence. Final Considerations: Despite understanding the importance of the proposed changes in mental health care, most of those referred had a little positive perception about the process of decentralization of the HOSMAC outpatient clinic.

Keywords: Mental Health; Decentralization; Psychiatric Reform

## 1. Introdução

O primeiro grande manicômio da região latino-americana remonta ao ano de 1852, com a fundação do Hospício Dom Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, então capital do Brasil (STOCKINGER, 2007). Surgia, desde essa época, o modelo manicomial brasileiro, com políticas pautadas no alienismo francês, na segregação restritiva aos asilos, na internação prolongada e radical exclusão do seio familiar e de toda a sociedade daqueles que sofriam transtornos mentais. Esta marginalização afastava os indivíduos doentes do processo de ressocialização (GUIMARÃES *et al*, 2013, p. 362).

Até a década de 1970, a assistência psiquiátrica predominante no Brasil era baseada neste modelo, fundamentado em uma política que preconizava um grande número de hospitais psiquiátricos e administração medicamentosa excessiva (ALMEIDA, 2019), que culminava, conforme Silva e Caldas (2008), na baixa qualidade de cuidados e nas frequentes violações dos direitos humanos e da dignidade da pessoa – inclusive com a utilização de procedimentos cirúrgicos e aplicação de choques terapêuticos.

Contraopondo-se a isso, entre os anos 1980 e 1990, desenvolveu-se o Movimento da Reforma Psiquiátrica, com a finalidade de garantir a cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade, autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade (GONÇALVES; SENA, 2001). Esta mudança de paradigma busca o processo de desinstitucionalização do tratamento psiquiátrico através da luta antimanicomial, de modo a combater as violações dos direitos individuais e estigmas que pesam sobre aqueles que sofrem com o adoecimento mental. (PAULON *et al*, 2010).

Vale ressaltar a importância do apoio político para o êxito da reforma psiquiátrica no Brasil, através da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), que tornou possível a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica em 2001 (HIRDES, 2009). O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a melhoria das condições de trabalho nessas instituições se tornaram o foco da reforma, de forma a integrar as políticas públicas.

A partir desta ruptura, verifica-se que no período de 2001 a 2014 houve uma importante diminuição da quantidade de leitos em hospitais psiquiátricos

no Brasil: enquanto em 2001 havia um total de 53.962 leitos, este número foi reduzido para menos da metade em 2014, com apenas 25.988. Observam-se, assim, os avanços rumo à desinstitucionalização das pessoas com sofrimento mental (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2015).

Apesar dos avanços advindos da reforma psiquiátrica, encontram-se verdadeiros desafios no processo de desinstitucionalização no que se refere a uma política substitutiva e descentralizadora dos hospitais psiquiátricos. Assim, é indispensável levar em consideração os atores sociais e comunitários para efetivação dos avanços reformistas, uma vez que, em análise ao atual sistema, verifica-se a carência de “uma rede ágil, flexível, resolutiva, onde o trânsito dos usuários é facilitado e o mesmo é acolhido em suas diferentes demandas.” (LIBERATO, 2009, p. 6).

Identifica-se, em alguns casos, o funcionamento de serviços isolados, fechados em suas próprias rotinas, de forma a ignorar a demanda pelos cuidados em saúde mental desde a atenção básica - que necessita de profissionais seguros, instrumentalizados e capacitados para o tratamento adequado de acordo com as necessidades dos usuários. Outrossim, conforme Liberato (2009, pp. 7) assevera:

Há problemas que ultrapassam o campo da saúde mental e do próprio SUS e dizem respeito à falência das políticas públicas de bem-estar social através das quais se disponibilizariam aos cidadãos acesso a bens e serviços considerados direitos de todos [...] [de forma que] a constituição da cidadania em um país como o Brasil é menos uma questão relacionada à condição de louco e, mais uma questão social tendo em vista a grande parcela da população brasileira que não desfruta das condições de vida identificadas com a cidadania.

Na análise do cenário atual, verifica-se que os dados revelam uma verdadeira negligência com o adoecimento mental da população, que atinge de forma mais perceptível os países subdesenvolvidos (renda baixa e média); nestes países, de 76% a 85% das pessoas que sofrem com tais transtornos não são tratadas adequadamente. Não obstante, mesmo os países que apresentam uma renda alta não correspondem adequadamente à carga dos transtornos mentais, uma vez que de 35% a 50% desta população também não

recebe o tratamento adequado, conforme o relatório elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2018).

Os mesmos dados indicam ainda que os transtornos mentais são responsáveis por mais de 1/3 das causas totais de incapacidade a nível mundial – no Brasil, especificamente, 36,5% das incapacidades se refere à saúde mental. Em transtornos concretos, o Brasil tem a incidência de quadros de depressão atingindo quase 6% da população, fazendo-o liderar o ranking da América Latina nesta enfermidade (OMS, 2018). Percebe-se, todavia, esforços em relação à reinserção social dos usuários de longa permanência dos hospitais – processo que tem encontrado obstáculos em relação à rede de apoio territorial (LOFEGO et al, 2011).

No que diz respeito à assistência ao adoecimento mental no Acre, apesar da Lei da Reforma Psiquiátrica e da abertura de alguns dispositivos substitutivos na composição da RAPS, o Hospital de Saúde Mental do Acre (Hosmac) segue tendo papel central de referência na área, tanto para os profissionais como para os usuários. A unidade replica um modelo hospitalocêntrico que tem o isolamento dos usuários e a desconexão com a comunidade como constante na prática terapêutica (LOFEGO et al, 2011).

No contexto das disputas em torno do modelo assistencial em saúde mental no Estado do Acre, há alguns anos tem se discutindo a descentralização do atendimento realizado no ambulatório do Hosmac para a Atenção Básica. Esse processo começou a acontecer em 2014, a partir de uma articulação entre a Secretaria de Estado e a Secretaria Municipal de Saúde, e vem encontrando resistências que dificultam sua implantação de fato.

Considerando que esse é um processo complexo e que sofre influência de fatores que facilitam e que dificultam sua concretização, torna-se importante compreender com mais profundidade esse fenômeno. Sendo assim, essa pesquisa tem como objetivo compreender a percepção dos gestores de saúde da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em Rio Branco - Acre, sobre o processo de descentralização do ambulatório do HOSMAC.

## **2. Metodologia**

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido em Rio Branco, capital do estado do Acre. Foram



utilizados dados primários, a partir de entrevistas semiestruturadas com os sujeitos da pesquisa, e análise de conteúdo baseado nos pressupostos de Bardin (2011).

O presente estudo foi desenvolvido em unidades de saúde ligadas à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Rio Branco – Acre. Dessa maneira, estão incluídas Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, setor de internação de saúde mental do Hospital de Urgências e Emergências de Rio Branco (HUERB), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Hospital de Saúde Mental do Acre (HOSMAC). O Hosmac atende, por mês, em média 1440 pacientes, sendo 200 atendimentos na emergência. Possui 65 leitos e consiste no único hospital psiquiátrico em todo estado.

Os participantes da pesquisa foram os gestores que atuam na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Rio Branco – Acre, os quais foram escolhidos pelo critério de serem responsáveis pela administração das Unidades de Saúde. Por essa posição, possuem experiência e conhecimentos acerca de questões políticas e gerenciais, além de terem participado de alguma forma do processo. Portanto, são capazes de enriquecer a compreensão acerca do processo de descentralização do ambulatório no HOSMAC.

Em relação a coleta dos dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas compostas de questões abertas, as quais foram gravadas e transcritas integralmente. O roteiro adotado para conduzir a entrevista baseou-se nas categorias: percepção sobre o processo de descentralização; participação no processo de descentralização; limites, potencialidades e desafios da descentralização; percepção sobre RAPS no Acre; e Percepção sobre RAPS no Brasil. Para efeito desse trabalho, foram exploradas análises referentes às primeiras três categorias, focalizando no processo de descentralização.

Primeiramente, os participantes do estudo foram contatados por telefone, oportunidade em que foram esclarecidos os objetivos do estudo, aspectos éticos e procedimentos realizados na pesquisa. Após o aceite, realizou-se o agendamento das entrevistas com os gestores, as quais ocorreram em locais que garantissem a privacidade do participante. Foram entrevistadas sete gestoras das unidades da RAPS (CAPSad, leitos de saúde mental no hospital geral e o próprio Hosmac) e das áreas técnicas de Saúde

Mental das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, sendo um grupo composto somente por mulheres. Ao todo, as entrevistas resultaram em 5:30 horas de material gravado para análise.

As gravações foram transcritas em sua integralidade, em seguida foram submetidas à análise de conteúdo de acordo com a metodologia analítica proposta por Bardin (2011). Na primeira fase, realizou-se a pré-análise, que consistiu na transcrição exaustiva e sem omissões das entrevistas; na segunda fase, passou-se à exploração do material, com a realização de categorização e codificação das informações; ao fim, a terceira fase consistiu no tratamento dos resultados, a partir de inferências e interpretações que transcendem o conteúdo manifesto nos documentos.

O projeto seguiu as normas para pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 196/96), sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, através do parecer número 3.271.956 e CAEE 99702918.0.0000.5010. Os sujeitos da pesquisa foram apenas os participantes que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual informava acerca dos objetivos do estudo, dos aspectos éticos e do instrumento utilizado no estudo. O sigilo das informações foi assegurado e a divulgação dos resultados ocorreu sem que nenhuma identidade fosse revelada. As gravações são de propriedade exclusiva dos pesquisadores, não sendo utilizadas para outros meios que não o objetivo desta pesquisa.

### **3. Resultados e discussão**

Os resultados foram apresentados com base na descrição e caracterização das categorias pré-definidas: a primeira abordava a história e descrição do processo de descentralização do ambulatório do Hosmac; a segunda era composta pela percepção dos gestores acerca do processo de descentralização do ambulatório do Hosmac; a terceira se tratava da participação dos mesmos no processo de descentralização; a quarta envolve os limites, potencialidades e desafios envolvidos no processo. Estas categorias são apresentadas e discutidas a seguir.

#### **3.1 Iniciando o processo de descentralização do ambulatório**

De acordo com as entrevistadas, a história da descentralização do ambulatório do Hosmac teve início a partir de um inquérito instaurado no Ministério Público, devido a constantes reclamações de pacientes da falta de agendamento e atendimento do Hospital. Até meados de 2014, o Hosmac era a única referência de saúde mental do Acre, o que gradualmente gerou um estado de superlotação, impossibilitando o acesso aos serviços.

*“O processo de descentralização, ele começou por conta de um **inquérito no Ministério Público** onde o Ministério Público recebia constantes reclamações de que não conseguiam atendimento no HOSMAC.”* (Gestora 2)

*“E aí, é claro que já havia uma definição por parte da SESACRE e um entendimento, na verdade, por parte da SESACRE, que o HOSMAC estava num colapso, porque era a única **referência de saúde mental** que nós tínhamos até o momento, 2013, 2014.”* (Gestora 2)

*“a gente percebia até o momento, como **não tinha outros pontos de atendimento da RAPS**, que era só o HOSMAC que fazia os atendimentos.”* (Gestora 2)

*“Nessas averiguações tanto a Secretaria estadual como a Municipal foram movidas para tentar fazer essa **análise do que é que está acontecendo no HOSMAC**, [...] a gente já sabia que era porque era a única referência na área de saúde mental, por isso estava **superlotado** e a gente teria que fazer alguma coisa.”* (Gestora 2)

Ao longo de anos, a assistência psiquiátrica no Brasil esteve atrelada ao tratamento restrito a asilos e manicômios, tendo como foco principal a internação prolongada e o isolamento daqueles indivíduos que pudessem causar desordem na cidade (WAIDMAN; JOUCLAS; STEFANELLI, 2002). Contudo, esse modelo de segregação do portador de transtorno mental, teve como consequência a superlotação dos hospícios, a falta de assistência médica, ausência de cura, culminando inclusive em denúncias de condições insalubres e maus tratos com os usuários (GUIMARÃES, 2013).

No Brasil, com o advento da reforma psiquiátrica em 2001, com a lei 10.216, se iniciou o processo de substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico para uma rede integrada de atenção à saúde mental, seguindo a lógica do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005). Contudo, cada

região brasileira teve seu próprio ritmo para implantação das diretrizes da reforma psiquiátrica, visto que o processo de desinstitucionalização envolve transformações culturais na sociedade e depende das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) (BRASIL, 2005).

Dessa forma, a partir da percepção da ausência de outros pontos de atendimento da RAPS, a estratégia aplicada, segundo as entrevistadas, foi montar referências de descentralização dos casos leves e moderados do Hosmac para atenção primária. Com isso, o processo de descentralização teve início com a qualificação de 4 URAPs e a realização do matriciamento das equipes.

*“Segundo as normatizações da política de saúde mental e a análise de outros referenciais teóricos nós chegamos à conclusão de que os **casos leves e moderados** que estavam sendo atendido pelo HOSMAC **poderiam ser atendidos pelas unidades básicas de saúde.**” (Gestora 2)*

*“E foi então que a gente decidiu, juntamente com a orientação do Ministério, a se organizar **montando essas referências para a descentralização dos pacientes com casos leves e moderados para a atenção primária**” (Gestora 2)*

*“Então nós pensamos em qualificar apenas 4 URAPs para receber as pessoas que precisavam ser descentralizadas do ambulatório do HOSMAC... que estavam com pessoas com transtorno mental leve e moderado e que já existia o sistema de regulação, nós já estávamos trabalhando com o sistema de regulação, e através desse sistema a gente ia regular para 4 URAPs que, se eu não me engano, era Cláudia Vitorino, Eduardo Asmar, Rosângela Pimentel e Roney Meireles.” (Gestora 2)*

*“E nós começamos a trabalhar a questão do **‘matriciamento’** dessas equipes.” (Gestora 2)*

*“Então foi em 2014 que aconteceu o primeiro processo de descentralização.” (Gestora 2)*

Com a superação do modelo manicomial, a psiquiatria brasileira começou a adotar novos dispositivos em saúde mental para substituir o modelo antigo, assim foi implantado a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS),

composto de vários pontos de atenção, como por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos nos hospitais, as oficinas terapêuticas e os Serviço Residencial terapêutico (SRT) (HIRDES, 2009).

Dessa forma, essa reforma, foi de grande importância ao contribuir na descentralização, sobretudo em garantir uma melhoria na qualidade da vida ao portador de algum transtorno mental (CEDRO; SOUZA, 2010). Por conseguinte, ainda possibilitou a entrada de novos valores e princípios para guiar uma abordagem mais humana e um cuidado integral, considerando todo o conteúdo social, familiar e cultural dos pacientes assistidos (HIRDES, 2009).

### 3.2 Percepção sobre o processo de descentralização

A maioria dos participantes deste estudo demonstrou não ter uma percepção positiva acerca do processo de descentralização do ambulatório do HOSMAC. Entre as questões abordadas, destacam-se falta de apoio de grandes gestores, personificação do processo e isolamento do núcleo de saúde mental. Esse isolamento fica evidente com a ausência da participação de grandes gestores no desenvolvimento da descentralização, em situações que até mesmo o Ministério Público se encontrava presente.

*“Eu acho que talvez se houvesse uma força maior, um acompanhamento, uma **presença dos grandes gestores** nesse processo, talvez os profissionais envolvidos nele teriam sido mais sérios” (Gestora 1)*

*“[...] de uma forma geral eu achei **bem ausente a gestão**, acho que ficou muito a cargo do núcleo, a ponto desse processo ter sido muito pessoalizado em alguns momentos.” (Gestora 1)*

*“Então, acho que essa **ausência da gestão** contribuiu pra esse discurso, que surgiu em diversos momentos, de que a descentralização era uma vontade de algumas pessoas da divisão de saúde mental.” (Gestora 1)*

*“O que eu vi, olha, foram duas vezes o **Ministério Público** que veio aqui, mas para ver como funcionava o serviço [...] Quando eu tava lá na administração, que eu acompanhava, iam, faziam foto, faziam relatório, depois enviavam para a gente, diziam o que tava errado, o quê que poderia mudar da SESACRE mesmo, para descentralizar o ambulatório. Mas eu nunca os vi aqui (grandes gestores), decidir a forma que vai ser.” (Gestora 6)*

A princípio, sabe-se que a reforma psiquiátrica é um processo bastante complexo e que envolve vários atores da sociedade, portanto, cabe compreender que as discussões envolvendo a concretização dessa reforma são de grande importância, pois ainda existem vários desafios a serem resolvidos. Ademais, sabe-se que o apoio político ainda é insuficiente quando diz respeito garantir a efetivação dessa desinstitucionalização no Brasil, logo há falta de recursos financeiros e profissionais capacitados para atender as necessidades dessas pessoas com um transtorno mental (BARROSO; SILVA, 2011).

Dessa forma, embora tenha havido vários avanços nos últimos anos, ainda é necessário políticas que garantam a manutenção dos direitos, a qualidade do cuidado e efetivação da reforma psiquiátrica. Uma vez que ao despolitizá-la, pode haver o risco de manicomializar o sistema como era visto antes (FARINHA; BRAGA, 2018).

### 3.3 Participação no processo de descentralização

Dentre as participantes deste estudo, apenas três afirmaram ter participado efetivamente do processo de descentralização do ambulatório do Hosmac. A fim de planejar essa descentralização, houve reuniões do núcleo de saúde mental juntamente com a equipe do Hosmac e foi feito um levantamento dos prontuários para identificação dos territórios, com o objetivo de capacitar as equipes das unidades básicas de saúde.

*“Então, eu participei de poucas **reuniões do núcleo de saúde mental** junto com a equipe do HOSMAC, pessoal da regulação, tanto do município quanto do estado, outros serviços da rede, estagiários também da UFAC, que estavam juntos nesse processo pra fazer o planejamento; isso foi ano passado.” (Gestora 1)*

*“Fazer o planejamento dessa descentralização mais uma vez, porque já houveram outras tentativas de descentralização. Eu acho que a gente tinha um desenho interessante, cauteloso de fazer uma análise do território, das pessoas identificadas com transtorno leves e moderados. Foi feito todo **um levantamento dos prontuários** para identificar de que região da cidade essas pessoas são, pra gente conseguir dimensionar o volume da*

*demanda pra esses territórios e então preparar as unidades da atenção básica pra receber essa demanda” (Gestora 1)*

Ao analisar os últimos anos da realidade da saúde mental brasileira, é factível afirmar que a reforma psiquiátrica, permite demonstrar a sociedade a necessidade de substituição dos hospitais psiquiátricos como local de tratamento para os portadores com determinado sofrimento mental (PRAZEIRES; MIRANDA, 2005). Embora tenha ocorrido avanços nas políticas de saúde mental, existem vários desafios que dificultam a instalação da reforma psiquiátrica brasileira em sua plenitude, sendo a falta de participação uma delas.

Os principais desafios para o desenvolvimento da descentralização dos hospitais psiquiátricos dependem da participação dos atores envolvidos, pois envolve mudanças não só na estrutura da rede e dos serviços, mas no envolvimento e compreensão dos atores envolvidos, como afirma Heidrich (2007):

para que os novos serviços substituam inteiramente o hospital psiquiátrico, é necessário que: (1) tenham a responsabilidade de responder à totalidade das necessidades de saúde mental de uma população determinada; (2) mudem as formas de administrar os recursos de saúde mental e (3) multipliquem e tornem mais complexa a profissionalidade dos operadores (HEIDRICH, 2007, p. 67).

De acordo com as gestoras, foram desenvolvidas atividades através de rodas de conversas e oficinas que trabalham receptividade e escuta qualificada desses profissionais, diante de um paciente com transtorno mental. As entrevistadas salientaram que a implantação dessas atividades teve fundamental importância para um processo de orientação e acolhimento tanto dos profissionais quanto dos usuários do sistema de saúde.

*“E aí, com a ajuda das estagiárias da saúde coletiva, haveria esse apoio dentro do HOSMAC, pra ajudar as pessoas que vão ao HOSMAC atrás de medicamento, atrás de acompanhamento pra orientá-las nessa mudança. E a ideia também é que essas estagiárias também estariam atuando nessas unidades pra receber essas pessoas. Tentar fazer esse **processo de orientação e de acolhimento** dentro de*

*um alinhamento com a equipe do HOSMAC e com a equipe dessas Unidades” (Gestora 1)*

*“E aí, nessas oficinas a gente trabalha muito a **receptividade, o acolhimento e a escuta qualificada** desse profissional. Uma coisa que é importante, não só da qualificação deles, é que eles entendam como que foi esse mecanismo” (Gestora 5)*

*“Teve **muitos diálogos, muitas conversas...** eu percebo profissionais que querem fazer uma diferença lá, mas eles tem um desafio, que é o modelo, isso dificulta demais na hora de implantar” (Gestora 5)*

De acordo com as falas, na concepção das gestoras houve um processo de diálogo com trabalhadores, na tentativa de trabalhar as concepções e atitudes das pessoas que operam o sistema. Cabe afirmar que o profissional de saúde mental deve ter a visão de que a reforma psiquiátrica não surgiu apenas por uma questão ideológica, mas através de uma consequência de estudos que questionaram a forma péssima como era tratada a saúde mental no modelo manicomial (PATRIOTA, 2011).

A desinstitucionalização, desencadeado pela reforma psiquiátrica, possibilitou um novo modo de cuidar em saúde mental, em detrimento do modelo anterior. Os profissionais dessa área precisam estar alinhados em seu papel conforme os novos valores e princípios e se libertar dos paradigmas que por muito tempo predominaram (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

Em virtude dessas mudanças, o profissional em saúde mental precisa adotar um comportamento mais humanizado, bem como levar em conta o contexto social, familiar e o empenho do paciente no tratamento (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

### 3.4 Limites, potencialidades e desafios

Durante as entrevistas com as gestoras, vários limites foram apontados para a descentralização do ambulatório do Hosmac, dentre eles tem-se a falta de adesão e a resistência de profissionais da própria atenção primária. Tal conjuntura ocorre em virtude da dificuldade de compreensão dos médicos acerca do processo de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, tendo



como consequência a perpetuação da cultura de encaminhamento existente na assistência a saúde mental.

*“Houve falhas, falhas e dificuldades... As nossas dificuldades eram porque, como a gente estava **acostumado a encaminhar** pacientes para o HOSMAC, todos os casos de saúde mental... Os nossos profissionais eles se sentiam **inseguros** na hora de tratar dessas pessoas, mesmo com transtorno leve e moderado. Essa é uma das dificuldades que nós temos com relação ao processo de descentralização que ainda permanece até hoje que é a **não adesão** de alguns profissionais, mas hoje já está em menor proporção, mas antes era bem difícil.”* (Gestora 2)

*“**Alguns casos nós estamos sendo bem-sucedidos**, não vou dizer que em todos os casos que eles têm um atendimento adequado, porque nós ainda temos problemas com a **adesão dos profissionais...**”* (Gestora 2)

*“O nosso grande gargalo... não é um gargalo, é que o médico entenda que ele pode atender saúde mental na atenção primária, ele pode prescrever, pode encaminhar para a terapia, ele pode ter todas as práticas, mas ele não compreende, ele acha que tudo é pro CAPS ou que tudo é pro HOSMAC.”* (Gestora 4)

No Brasil, a equipe de assistência a saúde mental desempenha papel fundamental não só na produção de cuidados, como também no desenvolvimento de propostas de intervenção e como agentes de mudança social. Para perceber essa importância é só observar o fato de que o primeiro CAPS foi organizado, em 1987, a partir de um grupo de técnicos que atuavam em um ambulatório de saúde mental. O projeto da Reforma Psiquiátrica também se deu, em grande parte, a partir dos esforços do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, representando o sujeito político fundamental nesse processo (MUHL & BERLATTO, 2019).

Nas últimas décadas, à luz da Reforma Psiquiátrica, muito se avançou no modelo de atenção em saúde mental, especialmente através da sua inclusão na atenção básica. A Estratégia Saúde da Família, através do acolhimento, escuta ativa, visita domiciliar, referência e contrarreferência, possibilitou o desenvolvimento de mecanismos capazes de ouvir, escutar e orientar o paciente, assim como o tornou protagonista do seu próprio cuidado (CORREIA, BARROS & COLVERO, 2011). O envolvimento dos profissionais

das ESFs resultou em experiências bem sucedidas, permitindo a articulação dos princípios do SUS juntamente com a Reforma Psiquiátrica (BRASIL. 2022).

Ademais, existem limites no processo desinstitucionalização que permeiam as condutas dos trabalhadores do Hosmac. As entrevistadas afirmaram que tais profissionais estão apresentando dificuldades e resistência para descentralizar e encaminhar os pacientes que apresentam casos leves e moderados, em virtude do sentimento de insegurança e do comodismo existente na rotina já estabelecida.

*“Em relação ao HOSMAC, que eles (...) tenham a ciência de que realmente os casos leves e moderados precisam vir para a atenção básica, que a gente a gente nota ser uma certa **dificuldade de alguns profissionais encaminhar** esses pacientes. É tanto que a gente tem vagas... teve vagas no sistema e eles não mandaram essas pessoas.”* (Gestora 2)

*“...mas eles também reclamam da gente, reclamam que o nosso médico não atende bem, não atendeu, não tem conduta... Então **eles estão com dificuldade de descentralizar**, eu acho que eles têm dificuldade de descentralizar. É até natural depois de décadas tratando dessas pessoas e depois ter que postergar, transferir esse atendimento para outro profissional é natural que a pessoa se sinta insegura mas eu acho que precisa acontecer para a gente poder é... Atender de forma adequada esses pacientes.”* (Gestora 2)

*“Então a gente via a **resistência**, então tanto estão institucionalizados os pacientes quanto estão institucionalizados os trabalhadores.”* (Gestora 3)

*“...a forma como eles atuem dentro da instituição, porque **é difícil a gente mexer com a zona de conforto**, mas como é que tem uma zona de conforto dentro de um hospital, né? [...] porque ainda se trabalha com o mito de que o paciente psiquiátrico é perigoso e tantas outras questões que envolvem o processo de trabalho de cada um, que vai se sujeitando a um ambiente, dentro de uma rotina, e **essa rotina vai acomodando** algumas situações que se tornam banais”* (Gestora 3)

*“Pois é, eles até vinham muito nos encontros, a gente também participava muito nesse processo com eles, mas assim, essa é a minha percepção, né? **tinha uma certa resistência**... deve ter milhões de motivos, primeiro, acredito que a pessoa sentir que o serviço onde ela trabalhou durante 10 ou 15 anos vai fechar com tudo... ‘E onde eu vou trabalhar? O que que eu vou fazer da minha vida se eu só sei trabalhar no serviço manicomial?’.”* (Gestora 5)

*“Eu acho que pra eles é um desafio e é muito novo... e aí eles vão passando por uma sequência de capacitações,*

*mas a vivência que te traz o 'eu aguento, vai dar certo, esse é o caminho, **tenho que ficar aqui**'." (Gestora 5)*

Ao abordar a reforma psiquiátrica, é necessário contemplar ações que vão além da centralização no modelo biomédico, dessa forma, priorizar um tratamento que englobe reabilitação psicossocial do sujeito e inclusão na sociedade. No entanto, existem empecilhos devem ser considerados, como a resistência de algumas categorias profissionais às propostas da reforma psiquiátrica. Tal concepção está pautada na hegemonia absoluta dos médicos no que se refere a assistência psiquiátrica e na ênfase do modelo biomédico como única abordagem resolutive (FARINHA, 2018).

Portanto, fica evidente a importância da capacitação e educação continuada dos profissionais que atuam na saúde mental, com a finalidade de desconstruir essa percepção hospitalocêntrica acerca do adoecimento mental e possibilitar a inclusão plena do cuidado na atenção psiquiátrica em todas as esferas do sistema único de saúde (SUS) (FARINHA, 2018).

A fragilidade envolvendo as equipes, foi outra dificuldade apontada entre as participantes da pesquisa. Muitas vezes, as equipes são reduzidas, com pensamento manicomial, sem a compreensão acerca do adoecimento mental e composta por pessoas que não possuem o perfil para tratar um paciente portador de doença mental. Portanto, capacitar e qualificar esses profissionais se torna o principal desafio para o avanço do processo de descentralização.

*"A gente tem **fragilidades nas equipes** ainda, equipes reduzidas... É no caso os leitos de saúde mental por exemplo, a equipe além de reduzida, uma parte da equipe tem um **pensamento muito manicomial** ainda, muito centrado na medicação. Na não compreensão do que é o adoecimento mental... das histórias, de enxergar a pessoa que procura o serviço como uma pessoa com uma história." (Gestora 1)*

*"A gente vê **pessoas que realmente não tem perfil** e que são colocadas nos serviços porque não são bem quistas em outros lugares." (Gestora 1)*

*"De uma forma geral na saúde existe uma **dificuldade muito grande de você reunir os profissionais pra capacitá-los, pra orientá-los e pra alinhar as informações, porque as pessoas tão sempre no trabalho, cumprindo carga, né? Com a sua carga horária e tal... existe uma dificuldade de 'vamos agora parar e pra mudar a forma de fazer'... as pessoas tão sempre fazendo, fazendo, fazendo e fazendo.**" (Gestora 1)*

*“Qualificar, estudar, esse é o nosso desafio, são os nossos objetivos futuros; temos que trabalhar nisso. Em relação... isso eu estou falando em relação a nós, atenção básica.”*  
(Gestora 2)

*“Aí com relação aos profissionais, nós precisamos capacitar. Mas nós já estamos identificando aquelas pessoas que têm afinidade com a saúde mental, que por vezes já trabalha num outro setor em saúde mental e tornando elas como referência, isso a gente faz e... Precisamos avançar muito, muito mesmo, na qualificação dos outros profissionais dessas URAPs. Para o atendimento desse público, que é um público diferente.”* (Gestora 2)

*“Eu acho que o processo de **educação permanente** inexistente dentro do hospital, acho que os médicos precisam parar na sua rotina e ter reunião de equipe, ter instrução de caso, ter fomento à **educação permanente**: quando fazer intervenção à crise com segurança? Como mediar uma crise psiquiátrica grave? Como dialogar com a atenção primária? Como fazer matriciamento no território que tem número maior de pessoas que são atendidas pelo HOSMAC? Como melhorar a comunicação dentro da regulação?”* (Gestora 3)

O trabalho em saúde mental é bastante desafiador, visto que engloba as frustrações a respeito dos quadros crônicos dos pacientes e da dificuldade nas relações entre familiares e pacientes, o que requer uma formação adequada para um atendimento satisfatório (ZGIET, 2013). Todavia, a falta de preparo envolvendo profissionais que prestam atenção psiquiátrica continua fazendo parte da realidade no Brasil, o que dificulta o estabelecimento do cuidado e da formação de vínculo com os pacientes (GOMES, 2015).

A ausência de capacitação dos profissionais e de educação permanente produz, então, a perpetuação de ações e atitudes manicomiais. A dificuldade de ofertar atividades que capacitem o profissional pode estar relacionada à falta de iniciativas dentro da perspectiva política do SUS. O déficit de profissionais preparados para atender um paciente com adoecimento mental parece, então, ser o ponto crítico dessa rede (MACIEL, 2012).

A morosidade burocrática se mostrou um limite bastante complexo e recorrente nos diálogos das gestoras. Os problemas logísticos dificultaram os processos de licitações ao ponto de impedir a prorrogação da construção do CAPS I e a entrega de medicamentos, não devido à falta de recursos, mas em decorrência do vencimento do prazo. Dessa forma, como apontado por uma das entrevistadas, cabe o questionamento se essa dificuldade burocrática é

fruto da falta de comprometimento da gestão maior com a implantação dessa política.

*“A gente tinha **difficuldade de aquisição desses medicamentos**, também por conta, mais aqui pela Secretaria, por conta da **morosidade dos processos de licitações**, a gente atrasava e não tinha... dava “deserto” na hora do processo de licitação. As empresas não entregavam medicamento para a gente mesmo depois que tinham ganhado no processo de licitação. E esses pacientes acabavam **voltando para o HOSMAC** também por conta daquela histórica conduta deles ...de encontrar atendimento no HOSMAC. Então teve um momento que a gente começou muito bem, mas depois passou... falhou. E o HOSMAC decidiu não encaminhar mais os pacientes.”* (Gestora 2)

*“E tem momentos também que apesar da empresa dizer que vai entregar o **medicamento**, ela não tem no momento.... E aí ela precisa buscar em outras empresas, demora, e essas morosidades fazem com que o medicamento psicotrópico falte no centro de saúde. Se fosse problema financeiro eu até diria para você, tranquilamente, mas o nosso problema maior, é por causa da **morosidade do processo licitatório**.”* (Gestora 2)

*“O estado recebeu muitos recursos pro fortalecimento dessa rede, pra implantação dos serviços e foram **recursos que a gente não teve acesso, que venceram os prazos**, então fica sempre essa dúvida do porquê que isso acontece... Uma questão meramente da **difficuldade burocrática** ou isso é um reflexo novamente da falta de comprometimento da gestão maior com a implantação dessa política, né?”* (Gestora 1)

*“Se todos os recursos que viessem para o estado tivessem sido de fato aplicados e se houvesse esse **comprometimento da gestão**, porque tem coisas que não precisam de recursos.”* (Gestora 1)

*“...esse recurso estava parado desde 2014, no final de 2017 esse recurso foi devolvido, porque a **morosidade burocrática**, o pesar, o caminho pesado dos trâmites burocráticos fez com que a gestão perdesse o prazo de envio para a prorrogação da construção do CAPS I”* (Gestora 3)

No Brasil, desde a sua concepção, a Reforma Psiquiátrica enfrentou problemas como a morosidade de ações e da alocação de recursos governamentais necessários para a assistência a saúde mental, o que reflete o descaso da gestão pública com as pessoas portadoras de transtornos mentais (LIMA, 2017). Contudo, em relação a Rede de Atenção Psicossocial do Acre, a falta de recursos não se mostrou a problemática em questão, todavia a falta de comprometimento acerca da aplicação deles nos serviços prestados à saúde mental no estado.

Com estabelecimento da rede de atenção psicossocial, a efetivação da desinstitucionalização pode estar ancorada em algumas questões, como a extrema burocratização dos aparelhos legislativos e judiciários. Para que ocorra mudanças na assistência, o processo de mudança legislativa precisa ser acompanhado por uma mobilização da opinião pública, de profissionais, usuários e familiares, pois do contrário, corre-se o risco de se ter apenas um instrumento legal sem efetividade (MACIEL, 2012).

Já quando questionados acerca de potencialidades para o processo de descentralização do ambulatório do HOSMAC, os participantes apontaram como pontos positivos a maior praticidade encontrada no cuidado territorial, tanto pela proximidade dos usuários com as unidades de atenção primária, quanto devido aos recursos tecnológicos já presentes na URAPS do município.

*“Os pontos favoráveis, por exemplo, que eu entendo que a pessoa vai para uma unidade de Atenção Primária, onde ela tem chances de fazer um **acompanhamento, mais próximo, se possível, da sua casa.** Nós agora estamos trabalhando com o GEMUS, que faz os agendamentos, não precisa ir de madrugada, como ainda lá no HOSMAC precisa. Eu acho isso vantajoso para os pacientes.” (Gestora 2)*

*“O usuário sai, pode ir lá na policlínica, exames realizados rapidamente, já sai no teu cartãozinho, você puxa na internet já sai teus resultados, você hoje tem uma agenda, você não precisa ficar 3 da manhã esperando na fila, hoje em dia é tudo esquematizado, você tem dia e horário de quem vai te atender, bem agendadinho no seu papel e isso tem em todas as 12 URAPs, tem a central de regulação.” (Gestora 5)*

A Reforma Psiquiátrica trouxe consigo um modelo de atenção psicossocial territorial, sendo a territorialização uma ferramenta que permite ao

profissional de saúde se aproximar do território, compreender e identificar as demandas da população e, por conseguinte, planejar as ações e estratégias em saúde oferecidas à comunidade (CAMPOS; JORGE, 2020). Esse, portanto, seria o grande pilar da deinstitutionalização, no qual o indivíduo em sofrimento mental pode deixar o isolamento manicomial para se relacionar na comunidade, englobando as esferas política, econômica, histórica e sociocultural do território.

Como observado pela gestora, a produção de saúde mental na Atenção Primária permitiria maior proximidade entre o usuário e o cuidado. Entretanto, essa aproximação se dá não apenas pelo encurtamento das distâncias físicas entre sua casa e a unidade de saúde, mas também pela integração da pessoa com o território em que vive, na criação de uma rede para fora dos serviços (SILVA; PINHO, 2015). Ou seja, nesse modelo de atenção psicossocial, o território é parte essencial do cuidado e esse último envolve múltiplos atores: equipe multiprofissional, família, comunidade religiosa e todas as relações daquele ambiente (BRASIL, 2015).

Outro importante ponto para o fomento e garantia da descentralização, segundo os entrevistados, seria o apoio matricial e institucional disponível aos profissionais e equipes de Saúde da Família (ESF), além do envolvimento da universidade nesse processo. À época, inclusive, estariam sendo realizadas rodas de conversa com os profissionais médicos das URAPS, com o objetivo de reforçar a necessidade dos atendimentos em saúde mental e sanar dúvidas.

*“O apoio institucional, ele tem nos ajudado muito com relação a discussão e o conhecimento da área de saúde mental em todas as unidades, principalmente nas unidades básicas de saúde onde tem equipes de saúde da família. Então, **nós montamos um grupo chamado de institucional** para trabalhar o apoio as equipes de saúde da família. E nós qualificamos esse grupo, esse grupo tem acesso ao conhecimento de saúde mental, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do homem, enfim, todos os ciclos de vida e as outras áreas técnicas.”*  
(Gestora 2)

*“...E aí agora, esse ano, nós contratamos 29 médicos para as URAPS e nós vamos fazer uma qualificação [...] Não é uma qualificação, é **uma roda de conversa com eles, dizendo a eles que eles precisam atender esses casos de saúde mental**, nós vamos ter uma médica que tem experiência em saúde mental para tirar dúvidas; e essa médica, ela faz parte da área técnica e continua fazendo o processo de **matriciamento** dessas equipes,*

*para que essa descentralização aconteça de fato.”*  
(Gestora 2)

*“Acho que o **envolvimento da universidade** também, foi um ponto... tem sido um ponto muito favorável, tanto pra ajudar a dar conta do trabalho em si, que a gente não tem pernas, tem limites mesmo de equipe, quanto de dá visibilidade do que tá acontecendo, fazer um registro do que tá acontecendo... tudo isso traz força também pra esse processo, né”* (Gestora 1)

De acordo com Campos (1999), o Apoio Matricial em Saúde Mental tem o objetivo de oferecer suporte técnico-pedagógico especializado a equipes interdisciplinares de saúde, buscando qualificar sua atuação. Essa metodologia de trabalho é ferramenta importante para a transformação do cuidado em saúde mental na Atenção Primária (TATMATSU; ARAÚJO, 2016) à medida em que eleva a capacidade resolutiva das equipes da Estratégia de Saúde da Família.

Corroborando tal ponto de vista, em estudo de Hirdes (2015), profissionais de diferentes equipes de Saúde da Família apontam a troca de experiências e saberes junto ao Apoio Matricial como responsáveis pela incorporação de novas perspectivas na instituição de planos terapêuticos. Tatmatsu e Araújo (2016) reforçam, ainda, que a Universidade possui papel relevante na sensibilização dos profissionais para o cuidado psicossocial, tanto por meio do engajamento de estudantes e estagiários, quanto através de projetos de pesquisa e extensão.

#### **4. Considerações finais**

Em geral, os gestores da Rede de Atenção Psicossocial de Rio Branco demonstraram compreender a importância das mudanças no cuidado em saúde mental propostas a partir da Reforma Psiquiátrica. Apesar disso, relataram uma percepção pouco positiva acerca do processo de descentralização do ambulatório do HOSMAC.

Os entrevistados apontam a falta de participação dos grandes gestores, a perpetuação da cultura de encaminhamento, as equipes reduzidas e frágeis, a persistência do pensamento manicomial e a morosidade burocrática como principais dificultadores do processo. Como pontos favoráveis, a territorialização do cuidado e o Apoio Matricial foram referidos como os mais relevantes para a efetivação da descentralização.

Embora o processo de descentralização do ambulatório do HOSMAC tenha progredido desde o seu início, as perspectivas expostas nesse trabalho



atestam, em conformidade com outros estudos (MACIEL, 2012; FARINHA, 2018; LIMA, 2017), a necessidade de maiores iniciativas dentro da política do SUS, para capacitação e educação continuada dos profissionais, buscando romper com um modelo hospitalocêntrico de assistência.

## 5. Referências

ALMEIDA, J. M. C. de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, 2019.

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

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROSO, S. M; SILVA, M. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. Ver. SPAGESP, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 66-78, jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2002. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude\\_mental.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf). Acesso em: 12 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Curso de aperfeiçoamento módulo 5 – Dispositivos de atenção psicossocial. Ministério da Saúde: Brasília, 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. 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, novembro de 2005.

CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. Produção Do Cuidado Em Saúde Mental: Práticas Territoriais Na Rede Psicossocial. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. Trab. educ. saúde, 2020 18(1), 2020.

CAMPOS, G. W. DE S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. Ciênc. saúde coletiva, 1999 4(2), 1999.

CARDOZO, T. B.; DE PAULA MONTEIRO, R. A. Da psiquiatria tradicional à reforma psiquiátrica: o ambulatório de saúde mental como serviço de tratamento. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande , v. 12, n. 2, p.

31-44, 2020. . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.768>. Acesso em: 12 jan. 2023.

CEDRO, F. L.; SOUZA, A. C. a importância da reforma psiquiátrica na mudança do paradigma da assistência de enfermagem em saúde mental prestada ao portador de sofrimento mental. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 2, p. 764-766, 2010.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011, v. 45, n. 6, pp. 1501-1506. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032>. Acesso em: 12 jan. 2023.

SILVA, A. B.; PINHO, L. B. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. **Revista Enfermagem Uerj. Rio de Janeiro. Vol. 23, n. 3 (maio/jun. 2015), p. 420-424**, 2015. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10091>

FARINHA, M. G; BRAGA, T. B . Sistema único de saúde e a reforma psiquiátrica: desafios e perspectivas. *Ver. Abordagem gestalt.*, Goiânia, v. 24, n. 3, p. 366-378, dez. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil**. Seminário Internacional de Saúde Mental: documento técnico final. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz / Fundação Calouste Gulbenkian, 2015.

GONCALVES, A. M.; SENA, R. R. de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.

GUIMARÃES, A. N. et al. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 361-369, 2013.

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.371-382, 2015.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

LIBERATO, M. D. M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 212-222, 2009.

LIMA, A. M. A gestão dos processos de desinstitucionalização e a implantação da rede de atenção psicossocial em um município da região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro. 2017. 95 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/6369>. Acesso em: 12 jan. 2023.

LOFEGO, Juliana, et al. Itinerários terapêuticos: prática avaliativa centrada no usuário de longa permanência do Hospital de Saúde Mental do Acre. In.: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2011.

MACIEL, S. C. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões/ Psychiatric reform in Brazil: a few reflections. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v. 4, n. 8, p. 73-82, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68654/41339>. Acesso em: 12 jan. 2023.

MUHL, C.; BERLATTO, F. Reforma psiquiátrica e políticas públicas em saúde mental no brasil: uma análise dos atores. Sociologias Plurais, v. 2, n. 2e, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/scplpr.v2i2e.64813>. Acesso em: 12 jan. 2023.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas**, 2018. Washington: OPS, 2018.

PAULON, S. et al. Desinstitucionalização nos manicômios judiciários: quem se assegura com a medida de segurança? In: OLIVEIRA, W. F. de; PITTA, A. M. F.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Direitos Humanos e Saúde Mental**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2017.

PRAZERES, P. M; MIRANDA, P. S. Serviço substitutivo e hospital psiquiátrico: convivência e luta. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 25, n. 2, 2005.

SILVA, A. B.; PINHO, L. B. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. **Revista Enfermagem Uerj. Rio de Janeiro. Vol. 23, n. 3 (maio/jun. 2015), p. 420-424**, 2015. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10091>

SILVA, M. L. B.; CALDAS, M. T. Revisitando a técnica de eletroconvulsoterapia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Psicol. cienc. prof.** vol. 28, n. 2, pp. 344-361, 2008.

STOCKINGER, R. C. **Reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas humanistas e existenciais**. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 2007.

TATMATSU, D. B.; ARAÚJO, A. C. C. Atenção primária e saúde mental: contribuições e potencialidades do apoio matricial. **Mudanças: Psicologia da Saúde**, São Bernardo do Campo, v. 24, n. 2, p. 71-79, 2016.

ZGIET, J. (2013). Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental: a quem interessa mudar? *Saúde em Debate*, 37, 313-323. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NmrYnCQbwcG8bJ9yBrZ4hPw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2023.