

O SUCATEAMENTO DA SAÚDE MENTAL: A (IN)VIABILIZAÇÃO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA AMAZÔNIA OCIDENTAL

Alanna Maeli Rodrigues de SOUZA^{1*}; Elidaiana da Silva CAFÉ²

¹Psicóloga Residente do Programa de Saúde Mental da Residência Multiprofissional e Área da Saúde - UNINASSAU Vilhena. e-mail: alannamaeli.psi@gmail.com.

²Psicóloga Tutora do Programa de Saúde Mental da Residência Multiprofissional e Área da Saúde - UNINASSAU Vilhena. e-mail: elidaianacafe.psi@gmail.com.

RESUMO: O movimento de reforma psiquiátrica refere-se a luta pelos direitos de pessoas em sofrimento mental, que busca mudar o imaginário popular sobre a loucura, impulsionando uma nova forma de cuidado, com a proposta de uma rede integral de saúde mental composta pelos ditos serviços substitutivos. Este artigo trata-se de um relato de experiência, que buscou retratar as práticas de saúde mental em um município do interior de Rondônia, através das experiências nos campos de prática de um programa de residência multiprofissional em saúde, discorrendo sobre as problemáticas enfrentadas na rotina dos cuidados em saúde mental. Constatou-se que, diariamente, são enfrentados diversos obstáculos nos cuidados à saúde mental em toda a rede, provocando desassistência do usuário desses serviços. A partir da análise destes obstáculos, destacaram-se os seguintes subtemas coeficientes de inibição da efetividade da atenção em saúde mental, discutidos na pesquisa: Políticas Públicas e a Atenção à Saúde Mental; A Efetividade dos Serviços Substitutivos; Estrutura Física das Unidades; A Ênfase na Intervenção Farmacológica; O Modelo de Cuidado em Vigor; e O Estigma da Loucura. A partir da análise, evidenciou-se que a reforma psiquiátrica não somente não foi institucionalizada, como também se distancia disso a cada dia, devido às práticas adotadas, que provocam um sucateamento dos serviços já existentes.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma Psiquiátrica; Atenção Psicossocial; CAPS; Estigma; Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

Dentre os diferentes delineamentos da exclusão e controle na sociedade, destaca-se a ideia de loucura, que, transformada em doença e sinônimo de desajuste, irracionalidade e até mesmo perversão, possui diversas práticas e saberes que provocam intervenções que fogem do tratamento humanizado e por vezes se tornam violentas. O modelo manicomial de assistência à saúde mental é a explicitação da exclusão, controle e violência de pessoas com sofrimento mental, escondendo a violência dentro dos muros de hospitais psiquiátricos (Lüchmann; Rodrigues, 2007).

Durante a reforma sanitária brasileira, a assistência psiquiátrica no Brasil foi reconhecida como insatisfatória, uma vez que é centrada no leito hospitalar psiquiátrico, além de ser realizada através de ações desumanizantes. A partir daí, inicia-se o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, juntamente com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério

Público do Estado do Rio Grande do Sul, 2022).

O movimento da luta antimanicomial, ou reforma psiquiátrica, diz respeito ao cenário nacional de luta pelos direitos das pessoas com sofrimento mental, que procura mudar o imaginário popular sobre o que é a loucura, buscando elucidar as situações de desrespeito às quais são submetidas as pessoas com transtorno mental desde o convívio social até a atenção institucional (Barbosa et al., 2012).

Esse movimento provoca uma nova forma de cuidado propondo uma rede integral e surgindo assim os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que juntos compõem uma rede de atenção à saúde mental (RAPS), a qual abrange a atenção básica em saúde (unidades básicas de saúde) e os serviços especializados (ambulatórios de saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, serviços de urgência e emergência psiquiátricas, leito ou unidade em hospital geral e serviços residenciais terapêuticos) (Mielke et al., 2009).

Um aspecto importante a ser considerado na luta antimanicomial é que, mesmo com todos esses anos de movimento ainda se apresentam discussões a respeito dos rumos da luta (Barbosa et al., 2012). O sucateamento do Centro de Atenção Psicossocial e do Sistema Único de Saúde torna o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira ainda mais árduo (Bossato et al., 2021).

Este artigo tem por objetivo retratar as práticas de saúde mental em um município do interior de Rondônia, através das experiências nos campos de prática de um programa de residência multiprofissional em saúde, discorrendo sobre as problemáticas enfrentadas na rotina dos cuidados em saúde mental. Além disso, a escolha desta temática justifica-se na interferência que as dificuldades no avanço da reforma psiquiátrica tem sobre a promoção da saúde mental neste município.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

MODELO MANICOMIAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA

O histórico da psiquiatria no Brasil tem forte presença de violência, discriminação e exploração, onde, repetindo a postura pautada nas atrocidades ocorridas em campos de concentração, ocorria a negação do outro como ser humano, uma justificativa para as medidas adotadas. Dentro de hospitais psiquiátricos, era comum a manifestação de torturas, atitudes violentas de colaboradores, medicação em excesso, bem como a ocorrência de mortes, utilização de cemitérios clandestinos e venda de corpos e partes de corpos para instituições de ensino (Maia; Gradella Junior, 2020).

Além de todas as violências descritas, durante o período da Ditadura Vargas (1937-1945), os manicômios funcionaram ainda como antro de violências contra pessoas que se manifestaram de alguma forma contra o governo, onde os usuários por vezes davam entrada nos serviços sem identificação, trazidos para supostos tratamentos clínicos, que se

resumiam a maus-tratos. Dessa forma, os manicômios atuavam através de uma lógica higienista, onde todos aqueles não compatíveis com os pensamentos conservadores e/ou que ameaçavam a ordem, como homossexuais, imigrantes, mulheres e militantes políticos, eram encarcerados e sofriam diversos tipos de violências, abusos e violações de direitos (Maia; Gradella Junior, 2020).

Mesmo com as diversas problemáticas, a hegemonia do modelo psiquiátrico hospitalocêntrico prevaleceu até o fim da década de 1970, quando iniciou-se de fato a reforma psiquiátrica brasileira, num contexto de redemocratização, concebida por trabalhadores da saúde mental, usuários e familiares (Masini; Goulart, 2023).

As lutas populares no Brasil obtêm notoriedade a partir dos anos 1970, fortalecidas pela luta contra a Ditadura Civil-Militar imposta pelo Golpe de 1964. Nesse período, com o movimento e a agenda da Reforma Sanitária ocorre mudanças na compreensão sobre a definição de saúde, passando a ser concebida como um fenômeno biopsicossocial. A partir daí, são criados os conhecidos Conselhos Populares de Saúde, que através de suas exigências provocam a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, onde surge o Sistema Único de Saúde (SUS), ficando, assim, estabelecido o Movimento de Reforma Psiquiátrica (Maia; Gradella Junior, 2020).

O movimento de reforma na psiquiatria brasileira sofreu forte influência das propostas de Franco Basaglia, um psiquiatra italiano com novas práticas em psiquiatria, preconizando a ideia de condutas humanizadas, desde a sua base até nas políticas públicas. Basaglia sugeriu uma instituição de novos espaços e estratégias para lidar com a loucura, em detrimento de tratamentos violentos e excludentes. Para isso, propôs ao invés da suspensão dos cuidados, a substituição dos hospitais psiquiátricos por Centros de Saúde Mental (Maia; Gradella Junior, 2020; Masini; Goulart, 2023).

Em 1979, Basaglia esteve no Brasil, realizando conferências em São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, compartilhando sua

experiência sobre a desinstitucionalização psiquiátrica na Itália, falando não somente para profissionais da saúde mental, mas também a políticos, professores, estudantes e população em geral. Acredita-se que a participação de Basaglia nessas conferências, inspirou o projeto de reforma no Brasil, possibilitando a elaboração de novas concepções sobre a instituição psiquiátrica. Nesse período, ainda, visitou manicômios e participou de entrevistas, onde proferia a respeito da repressão ocorrida dentro dos manicômios, o que causou comoção e intensificação das ações de lutas com essa pauta (Serapioni, 2019).

A Reforma Psiquiátrica, partindo do pressuposto ético do sujeito em sofrimento psíquico como cidadão e de sua inserção na comunidade e na família, estabeleceu propostas de mudanças no modelo assistencial, sendo uma das principais pautas a substituição dos manicômios por outras práticas terapêuticas. Nesse novo contexto, o sujeito passa a ser visto em sua totalidade, com demandas relacionadas ao trabalho, lazer, cuidados, relações interpessoais e afetos. Dessa forma, o movimento antimanicomial busca mais do que derrubar muros e grades, mas reestruturar formas de olhar que se transformavam em barreiras mentais para os ditos loucos (Paes et al., 2013; Zambenedetti; Perrone, 2008).

O movimento de reforma da psiquiatria busca diminuir o número de hospitais psiquiátricos, fortalecer a assistência comunitária, promover o acolhimento da pessoa em sofrimento psíquico na sociedade, entre outras metas, provocando mudanças na relação entre a sociedade e a pessoa em sofrimento, através da ótica da desinstitucionalização e inclusão social (Sousa et al., 2022).

COMPOSIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A partir da visão de um novo modelo de assistência à saúde mental, evidenciou-se a necessidade de novas medidas de cobertura e avaliação. Até então, a assistência prestada se resumia a leitos e consultas médicas, já o

novo modelo busca estabelecer coberturas na comunidade e afins, além de mecanismos de financiamento de uma rede que pudesse realmente atender à nova política (Barros; Salles, 2011).

A atenção integral em saúde mental é conceituada durante a II Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1992, como um conjunto de dispositivos com uma visão integrada das dimensões do indivíduo, em diferentes tipos de intervenção, podendo ser educativa, assistencial e de reabilitação. A proposta de "rede substitutiva" ou "rede integral de saúde mental" passou a ser mais difundida no momento em que os usuários e familiares, influenciados pela psiquiatria democrática italiana, se unem aos Trabalhadores em Saúde Mental, tornando-se o "movimento da luta antimanicomial", buscando principalmente a desinstitucionalização e não somente a desospitalização desses usuários (Zambenedetti; Perrone, 2008).

Os novos cuidados em Saúde Mental são permeados pela lei 10.216 de 2001, também conhecida como Política Nacional de Saúde Mental, a qual tem por objetivo consolidar um novo modelo de atenção à saúde mental pautado no atendimento comunitário, garantindo a circulação de pessoas com transtornos mentais pelos serviços e pela cidade, através de uma atenção pelos recursos da comunidade. A Política Nacional de Saúde Mental busca garantir às pessoas com transtorno mental o acesso à tratamento adequado, pautado na humanidade e respeito, visando a reabilitação psicossocial, proteção contra qualquer forma de abuso e exploração, garantia de sigilo, entre outros (Brasil, 2001).

Para se instituir uma organização eficiente dos serviços de atenção à saúde mental, foi estabelecida a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS de 2017, onde são designados os pontos de atenção no território, que prestam atendimento não somente a pessoas com transtornos mentais, mas também a pessoas em uso nocivo de substâncias psicoativas, numa tentativa de integração do cuidado ordenado a partir da articulação desses serviços. A proposta da RAPS é a integração

do cuidado ordenado, associando serviços territoriais nos diversos níveis e complexidade (Brasil, 2021; Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

Dessa forma, a RAPS trata-se de um complexo de serviços da comunidade, que formam uma rede capaz de fornecer cuidados às pessoas que receberiam atenção em manicômios, a seus familiares, em diversos aspectos e necessidades. Para isso, conforme a Portaria nº 3.588/2017, em substituição à Portaria nº 3.088/2011, a RAPS conta com os seguintes componentes: atenção primária, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégia de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (Brasil, 2011; Dimenstein et al., 2021; Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

MATERIAL E MÉTODO

Este artigo trata-se de uma pesquisa qualitativa, a qual traz um relato de experiência, pautado nas vivências profissionais da autora dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Vilhena - RO, enquanto residente em Saúde Mental, nos anos de 2022 e 2023.

O Relato de Experiência no contexto acadêmico tem como objetivo não apenas descrever a vivência prática (experiência próxima), mas também valorizá-la através de uma análise acadêmico-científica explicativa. Isso é feito por meio de uma aplicação crítica e reflexiva, sustentada por bases teóricas e metodológicas (experiência distante).

Entre as áreas que frequentemente utilizam o Relato de Experiência, destacam-se a Educação, parte da grande área de Humanas, com subáreas como Ensino e Aprendizagem, e também tem sido frequentemente utilizados para demonstrar validade ou mesmo criticar acontecimentos, políticas e subversões particulares relevantes (Mussi, Flores e Almeida, 2021).

Este programa de residência multiprofissional em saúde conta com três cenários de prática, passando por todos os

níveis de atenção à saúde do município. Nas especificidades deste programa, a residência conta com: 6 à 8 meses de prática na atenção primária, dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS), acolhendo casos leves de saúde mental; 2 meses de atenção hospitalar, divididos entre o Hospital Regional de Vilhena (HRV) e Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), prestando suporte às urgências e emergências psiquiátricas; e o restante do tempo na atenção especializada, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), assistindo usuários que apresentam sinais e sintomas de transtorno mental grave ou persistente. Esta rotatividade em diversos campos de prática, permite uma maior compreensão do funcionamento da RAPS, além de provocar uma comunicação mais efetiva com a rede.

Buscou-se relatar, através dos caminhos da investigação científica, dados pertinentes à temática selecionada, considerando-se os fatores manifestos durante as práticas em saúde mental.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A consolidação dos novos cuidados em saúde mental enfrenta diversos obstáculos, mesmo após as diversas lutas e conquistas ao longo do processo de reforma. Estudos apontam diversos inconvenientes ligados à obstrução do processo de institucionalização da reforma, como: insuficiência e distribuição desigual dos serviços, subfinanciamento, articulação fragilizada da rede e preconceitos ligados ao sofrimento mental (Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

Diariamente são enfrentados diversos obstáculos nos cuidados na rede de atenção à saúde mental, desde a atenção primária à atenção especializada, onde provocam uma assistência fragmentada do usuário desses serviços. A partir da análise destes obstáculos, tornou-se evidente os coeficientes de inibição da efetividade da atenção em saúde mental, ascendendo-se os seguintes subtemas que serão percorridos a seguir: Estrutura Física das Unidades; Políticas Públicas e a Atenção à Saúde Mental; A Efetividade dos Serviços Substitutivos; A Ênfase na Intervenção

Farmacológica; O Modelo de Cuidado em Vigor; e O Estigma da Loucura.

ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES

Os CAPS tem sido o serviço mais efetivo em substituição ao modelo asilar, trabalhando de forma a promover a garantia de direitos aos usuários, participação social do sujeito em sofrimento e preservando as singularidades dos indivíduos, ao passo que se distancia do modelo de exclusão. Para seu pleno funcionamento, um CAPS deve possuir um espaço adequado para atender sua demanda, detendo de salas para atendimentos individuais, em grupo, oficinas, espaços de convivência, refeitório e sanitários, além de área externa. É importante que esse serviço detenha desse espaço físico organizado, adequado e acolhedor, se distanciando das estruturas tradicionais, para se tornar referência na comunidade (Leal; De Antoni, 2013).

Uma dificuldade encontrada nas práticas em saúde mental trata-se justamente da estrutura física insuficiente das unidades de saúde. Dentro da Atenção Básica e Atenção Hospitalar, devido a pouca disposição de salas e a não compreensão do sofrimento mental enquanto problema de saúde, são priorizados os atendimentos de outras áreas, sendo necessário, por vezes, percorrer a unidade em busca de local disponível para atendimento, bem como, em alguns momentos a realização de atendimentos em locais não adequados. Dentro do CAPS, essa dificuldade se volta especialmente para a sobrecarga do serviço, onde a estrutura não acompanha a quantidade de demanda e os serviços que a equipe se propõe a ofertar.

Além das dificuldades relacionadas à estrutura física das unidades, quanto ao prédio, ocorre também uma carência relacionada a materiais e móveis necessários para os atendimentos, como falta de materiais para confecção de artesanato na oficina de arteterapia, além da escassez de mesas e cadeiras adequados, estando os disponibilizados em péssimas condições de

uso, bem como acesso à internet e telefone não resolutivos.

POLÍTICAS PÚBLICAS E A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Desde seu início, a reforma psiquiátrica, junto a suas políticas de cuidado em liberdade, respeito e autonomia dos usuários, vagarosamente obteve consideráveis avanços, sendo notórios o crescimento dos serviços de base comunitária, bem como seus orçamentos, em detrimento aos hospitais psiquiátricos. Contudo, a partir de 2016, a reforma psiquiátrica passou a sofrer um desarranjo, pautado em uma “Nova Política Nacional de Saúde Mental”, formada a partir da edição de diversos documentos normativos, como as leis 8.080/90, 8.142/90 e 10.216/2001, a Constituição Federal e o Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos, como também recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), divergindo assim as práticas em saúde mental do que foi proposto inicialmente pela reforma (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

O cenário político do país interfere diretamente na forma de cuidado em saúde mental, sendo isso percebido facilmente através das políticas públicas adotadas pelas gestões dos governos anteriores. Sampaio e Bispo Junior (2021), evidenciam ainda que, desde 2016, houve uma diminuição considerável no financiamento e implantação de novos serviços. Ao mesmo tempo, práticas em saúde mental sem evidências científicas ganham destaque, como por exemplo a incorporação de hospitais e ambulatórios especializados em psiquiatria à RAPS e aumento de financiamento de internações psiquiátricas e comunidades terapêuticas. Essa nova configuração aponta riscos aos serviços comunitários de atenção à saúde mental e aos avanços da reforma psiquiátrica.

Além disso, a flexibilização das políticas públicas e a repercussão de discursos sem bases científicas fortalecem o difundir de práticas decrépitas, pautadas na exclusão e no desprezo de pessoas em sofrimento mental, e promovem a reverberação de práticas

carregadas de violência das mais diversas formas.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída através da lei 10.216 de 2001, passou por alterações alarmantes que desconsideram o fortalecimento da atenção à saúde, o qual era pautado na expansão da saúde da família. Essa flexibilização, junto as outras manobras políticas, como o congelamento de verbas de despesas públicas, permitem que gestores municipais inclinem-se as alternativas de cuidados em saúde que sejam mais propícios ao município em questão de valores, mas esboçam enfraquecimento das políticas do Sistema Único de Saúde (Guimarães *et al*, 2023).

Esse desarranjo do SUS é percebido na prática enquanto residente desde a estruturação do CAPS do município, à atenção que é dada à saúde mental e revertida em ações à nível federal, uma vez que a maior parte dessas ações vão em contradição ao proposto pela reforma. Através das vivências visualizou-se esse descuido dentro do sistema de forma estrutural, onde a promoção de saúde mental é invisibilizada em relação a outros tipos de cuidado.

Além disso, é visível a presença enraizada de estratégias de manejo pautadas no silenciamento desta demanda. Eventualmente, em casos de manifestação de insatisfação com os serviços ofertados, as ações políticas são voltadas ao contato com as instituições de saúde, responsabilizando-a por solucionar o problema entregando o requerido pelo usuário.

O contato com esses usuários evidencia insatisfação principalmente na dificuldade de acesso aos atendimentos, principalmente psiquiátrico e psicológico. No entanto, como não ocorre uma busca no sentido de compreender o que levou à insatisfação do usuário, mas somente por fornecer atendimento em casos isolados, fica desconsiderado que essa dificuldade de acesso se dá, por exemplo, devido a pouca disposição de profissionais e instrumentos para prestar esse cuidado, dentre outros fatores que serão discutidos posteriormente.

Em contrapartida, o município dispõe de serviços de comunidades terapêuticas com vagas convenientemente custeadas por verbas públicas. Em detrimento ao proposto pelo modelo de reforma, nessas comunidades os usuários são expostos as intervenções pautadas no proibicionismo e na privação da relação com a comunidade.

A EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS

Um dos maiores feitos da Reforma Psiquiátrica no Brasil refere-se ao estabelecimento do CAPS, o qual destaca-se como um serviço aberto, de base comunitária e referência no tratamento de usuários com sinais e/ou sintomas de transtornos mentais graves ou persistentes. Os CAPS podem funcionar em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, ou até mesmo ambulatorial, conforme a lógica do território (Ferreira *et al.*, 2016).

O CAPS, em sua totalidade, tem demonstrado efetividade na substituição dos cuidados pautados no modelo hospitalocêntrico, além disso é tido como porta de entrada da rede, fornecendo atendimento a usuários referenciados de outros serviços. Dessa forma, o CAPS deveria trabalhar de forma integrada a uma rede descentralizada, através de uma hierarquia de cuidados em saúde mental, de acordo com cada nível de atenção (Ferreira *et al.*, 2016).

Um dos pontos em que essa atenção integrada se mostra relevante é na relação entre a RAPS e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). O arranjo entre esses serviços, com a realização de matriciamento, bem como um fluxo de atendimentos e educação continuada possibilitam um atendimento ao indivíduo em sua totalidade, considerando todas as suas necessidades, enquanto que o enfraquecimento dessa relação da rede dificultam as ações territoriais e tornam o atendimento prestado unicamente ambulatorial (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Na realidade do município em questão, observa-se uma comunicação inconsistente da rede, onde cada ponto de atenção presta um determinado atendimento, sem acessar ou

compreender outros serviços a que este indivíduo esteja sendo submetido. São corriqueiras falas que indicam um pertencimento do usuário a um serviço específico, e não a rede como um todo, especialmente em relação a usuários em sofrimento mental.

O atendimento prestado a esse usuário tinha como principal objetivo o encaminhamento ao CAPS, visto que este é tido como responsável por quaisquer atendimentos em saúde mental no município, sem considerar os filtros do público alvo do CAPS. Considera-se que isso ocorre pela falta de conhecimento, tanto sobre o manejo dos usuários, quanto das funções e atribuições de instituições e profissionais da rede. É de suma importância que os usuários sejam encaminhados ao serviço competente, quando necessário, no entanto é imprescindível que o cuidado do usuário seja realizado em sua totalidade, para que suas necessidades sejam atendidas no momento e no serviço adequado, e a partir de um cuidado compartilhado. Além disso, esse cuidado compartilhado é facilitado no município pela presença do residente, uma vez que este profissional realiza um rodízio em toda a rede, compartilhando e informando sobre os cuidados ofertados em cada ponto de atenção, permitindo uma comunicação mais efetiva da rede.

Estudos mostram que a região Norte, por volta de 2011 e 2012, possuía a menor cobertura de serviços do CAPS. Acompanhado do centro-oeste, o norte tem o menor número de distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial, o que pode estar relacionado às barreiras geográficas e tecnológicas, bem como à diversidade étnica (Ferreira et al., 2016).

A atenção especializada em Saúde Mental do município de Vilhena conta em 2024 com um CAPS I, onde a equipe técnica efetiva é composta por uma (1) médica no período integral, uma (1) psicóloga, uma (1) assistente social e uma (1) enfermeira no período matutino. O restante da equipe é composta por um (1) coordenador, dois (2) auxiliares administrativos, dois (2)

recepcionistas e um (1) motorista. O CAPS I - Vilhena funciona das 07:00h às 18:00h, de segunda à sexta-feira, ofertando os seguintes serviços: atendimentos individuais, atendimentos em grupos psicoterapêuticos e/ou multiprofissionais, oficinas terapêuticas, acolhimentos, visitas domiciliares, entre outros.

Além dos profissionais citados anteriormente, o CAPS conta com os serviços ofertados pela residência multiprofissional em saúde, distribuídos em oito (8) vagas para psicólogos, duas (2) vagas para assistentes sociais e duas (2) vagas para enfermeiros, os quais ficam presentes na unidade em período integral, de acordo com as especificidades da agenda de cada núcleo. Dessa forma, a maior parcela dos serviços ofertados na unidade parte dos residentes, sendo esses profissionais graduados em suas respectivas áreas, no entanto, em processo de formação da especialidade atendida na unidade.

Um CAPS I, em teoria, contaria com equipe composta por um (1) médico da área de saúde mental, um (1) enfermeiro, três (3) profissionais de nível superior de outras categorias, como psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro e quatro (4) profissionais de nível médio (Ferreira et al., 2016). Essa modalidade de CAPS teria capacidade técnica para atender um município de até 70 mil habitantes. A partir disso, existem outras modalidades dessa instituição as quais podem compor a rede, a fim de prestar um atendimento mais efetivo ao usuário (Brasil, 2002).

Considerando o descrito na Portaria nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002, o município de Vilhena - RO, que segundo o IBGE (2023), possui em média 95.932 habitantes, possui critérios para receber 3 modalidades de CAPS, sendo: CAPS II - atendimento à pessoas em sofrimento psíquico relacionado à transtornos mentais graves e persistentes, inclusive transtornos relacionados ao uso psicoativos, que indiquem prejuízos sociais e laborais, para regiões com população acima de 70 mil habitantes; CAPS i - atendimento à crianças e adolescentes em sofrimento psíquico relacionado à transtornos mentais graves e

persistentes, inclusive transtornos relacionados ao uso psicoativos, que indiquem prejuízos sociais e laborais, para regiões com população acima de 70 mil habitantes; e CAPS ad (Álcool e Drogas) - atendimento a pessoas de todas as faixas etárias em sofrimento psíquico decorrente do uso de substâncias psicoativas, que indiquem prejuízos sociais e laborais, para regiões com população acima de 70 mil habitantes (Brasil, 2002).

Além disso, a rede de atenção psicossocial de Vilhena padece também de uma instituição a quem sejam referenciados os casos moderados de saúde mental. Entende-se que os usuários com nível intermediário de sofrimento mental ficam perdidos na rede, uma vez que a atenção primária não é responsável por fornecer esse atendimento, acabando sendo repassado ao CAPS, onde, tanto pela falta da instituição do CAPS II, CAPS I e CAPS ad, e ausência de um ambulatório de saúde mental, como pela desconsideração dos critérios para encaminhamento e atendimento no CAPS, ocorre uma obstrução da assistência, onde esses e outros usuários ficam desassistidos pela rede.

A ÊNFASE NA INTERVENÇÃO FARMACOLÓGICA

Uma das propostas da reforma psiquiátrica trata-se da substituição dos hospitais psiquiátricos por outros serviços da rede, numa tentativa de, em oposição ao modelo manicomial higienista de exclusão, inserir os usuários na sociedade. No entanto, a lógica da exclusão persiste, sendo percebida mesmo nos cuidados substitutivos, através de práticas pautadas na medicalização e disciplina, além da hierarquização do cuidado (Masini; Goulart, 2023).

Torna-se um obstáculo ao desempenho de estratégias que façam jus aos objetivos da reforma a visão dos fármacos como principal meio de intervenção em pessoas em sofrimento mental. O CAPS é visto como referência em saúde mental no município, no entanto, a sua busca ocorre em termos de medicalização, onde o atendimento

é considerado efetivo ou satisfatório quando o usuário consegue acessar um receituário.

Os princípios teóricos da graduação em medicina no Brasil pautam-se na compreensão da complexidade do ser humano e na indução do senso crítico. Em contrapartida, o conhecimento prático dá-se principalmente em ambientes hospitalares, onde se predomina o modelo biomédico de atenção à saúde e compreensão do sofrimento psíquico. No modelo biomédico, o adoecimento é visto somente como um conjunto de sintomas, o que provoca uma patologização e, por consequência, a exclusão da subjetividade do indivíduo em sofrimento, fortalecendo a permanência do modelo manicomial. É importante que os profissionais atuantes em serviços substitutivos de saúde mental consigam trabalhar além dos protocolos médicos, se distanciando da lógica da uniformização, presente no modelo biomédico, e que provoca um processo excessivo de medicalização, onde o principal objetivo se torna a eliminação do sintoma (Masini; Goulart, 2023).

Esse fenômeno é fortemente percebido em toda a rede de atenção à saúde do município, onde um usuário em sofrimento busca por um serviço de saúde e obtém uma suposta solução, em forma de medicação, que irá suprimir o sintoma sem considerar o contexto de sua demanda, de forma que o problema não seja solucionado, mas mascarado. Por vezes, o próprio uso de medicação se torna uma demanda do usuário. Ademais, a partir da atuação na rede, observou-se que o forte índice de uso de fármacos dificulta a compreensão e resolução da demanda do usuário, uma vez que, devido a quantidade excessiva de medicações, a singularidade do usuário fica suprimida, se apresentando mais comumente pela letargia, sensação de vazio, sonolência e até mesmo catatonia e dependência.

O MODELO DE CUIDADO EM VIGOR

O modelo biomédico possui um baixo vínculo com o território e suas potencialidades, bem como um enfoque no serviço do médico, o que prejudica a articulação da equipe. Esse

tipo de cuidado acarreta uma relação de dependência do usuário com o serviço, caracterizando-se como uma nova institucionalização (Masini; Goulart, 2023).

É perceptível dentro das práticas em saúde mental no município, principalmente dentro do CAPS, a centralização no atendimento médico como estratégia de cuidado, atravancando a utilização de outros métodos, pois, uma vez que, tanto as equipes de saúde quanto pacientes estão habituados com esta modalidade de atendimento, tornam-se resistentes a outras abordagens. Dessa forma, além do foco na medicalização, enfrenta-se a baixa adesão e/ou procura por atividades em grupo, e uma alta taxa de absenteísmo nos atendimentos individuais.

Ainda hoje, improbidades do passado se fazem presentes, de forma que a violação de direitos de pessoas em vulnerabilidade e/ou grupos minoritários seja comum. Maia e Gradella Junior (2020), reforçam que:

O resgate da memória não é uma mera narrativa que se contrapõe às concepções da história como progresso, mas um confronto direto com a lembrança do que foi e segue sendo bárbaro na organização da sociedade.

A partir dessa ideia surgiram diversas propostas de mudanças no saber psiquiátrico. No entanto, o modelo manicomial de atenção à saúde mental ainda é veementemente testemunhado na rede a partir de diversos aspectos, sendo necessário realizar orientações e/ou psicoeducação, tanto a usuários e familiares, quanto a profissionais, a respeito de condutas frente a pessoas que apresentam sinais e sintomas de transtorno mental grave ou persistente, em específico aqueles que apresentam sofrimentos incapacitantes. Constantemente ocorrem práticas e falas desses atores que excluem a individualidade dos sujeitos e os tiram do protagonismo de seu tratamento, sendo estes colocados novamente em local de submissão.

A partir de 2016, foram realizadas ações que provocaram a diminuição dos recursos para os CAPS, aumento do financiamento de comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos, além da redução da participação da comunidade em discussões

decisórias. Essas mudanças provocaram consequências no fazer saúde mental, percebidas na indústria farmacêutica, com a intensificação da medicalização e medicamentação, na falta de médicos psiquiatras na rede pública e ainda a forte presença da internação como meio de tratamento (Tomaz et al., 2020).

Em 2019, durante o governo Bolsonaro, as políticas antidrogas pautadas na abstinência e na internação compulsória ganharam notoriedade. Isso é percebido e fortalecido a partir dos gastos públicos, que são revertidos para essas estratégias, em detrimento daquelas focadas no tratamento na comunidade, em um cuidado contínuo e sem reclusão, seguindo a lógica da redução de danos. Tomaz et al. (2020) dão ênfase ao fato de que o ano de 2019 foi marcado pela comunicação deficitária entre o governo e os movimentos sociais.

Nesse período ocorre uma expansão e repercussão das comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos, bem como uma ampliação de uma política violenta e pautada no moralismo, ignorando bases importantes como a cidadania e os marcadores sociais de desigualdades (Tomaz et al., 2020). Essa nova política tem caráter hospitalocêntrico, trazendo principalmente cuidados a usuários de álcool e outras drogas, através do incentivo financeiro de comunidades terapêuticas, tratando da temática por uma lógica proibicionista e punitivista (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

É atribuída ao CAPS a função de encaminhamento dos usuários para as comunidades terapêuticas e o estabelecimento de uma comunicação entre essas e a atenção básica. Dessa forma, esse serviço funcionaria como um suplemento aos serviços já disponíveis na rede (Tomaz et al., 2020). No entanto, o encaminhamento às comunidades torna-se um hábito no trato de usuários em sofrimento mental relacionado ao uso de substâncias, sendo a principal alternativa, e não uma possibilidade. Relaciona-se esse fenômeno ao fato de que essa estratégia beneficia a família e o serviço, visto que estes não estarão mais em contato com a situação-problema, contudo pode não ser a alternativa

mais resolutive para o usuário. Além disso, retorna a questão do pertencimento do usuário, considerando que, após o encaminhamento à comunidade, o CAPS tem pouco ou nenhum contato com a evolução do usuário, a não ser que este busque pelo serviço.

O ESTIGMA DA LOUCURA

O estigma frente ao sofrimento mental é uma realidade em todo o mundo, o que influencia negativamente o tratamento desses usuários, dificultando sua adesão e manutenção. Quando esse estigma advém de profissionais e estudantes da área da saúde essa influência é ainda maior, considerando que espera-se que estes ocupem lugar de empatia e humanização em relação aos usuários, independente da demanda (Menezes Neto et al., 2021). Apesar dessa expectativa, o estigma sobre a saúde mental é enraizado na práxis dos serviços de saúde do município, sendo percebido um olhar voltado para o senso comum, onde o sofrimento mental é reduzido a problemas relacionados à religião, fraqueza e/ou desocupação.

É frequente no relato de usuários a presença de violência e desprezo de seu sofrimento, principalmente em relação aos atendimentos de urgência e emergência, tornado-se uma problemática para toda a rede, ao considerar esta como porta de entrada para os serviços especializados, pois o contato desse serviço com usuários se dar em momento de crise e vulnerabilidade. Quando se trata da atenção primária, o atendimento desses usuários fica sendo quase por exclusividade do psicólogo, de forma que os outros profissionais fiquem isentos da responsabilidade. Barrantes et al. (2017), indicam que o ambiente de trabalho influi diretamente na reprodução dos estigmas.

A criação de dispositivos especializados no trato de pessoas com transtornos mentais, viabilizada pela Reforma Psiquiátrica, tinha por um dos muitos objetivos diminuir a prevalência de violência institucional (Barreto e Figueiredo, 2019). Ainda assim, apesar do relato de atendimento insatisfatório ser mais

frequentemente a respeito da atenção não-especializada, o CAPS também apresenta algumas fragilidades quanto a recursos humanos, sendo presentes práticas marcadas por estigmas, principalmente voltados a não compreensão do usuário enquanto pessoa para além do transtorno mental.

Menezes Neto et al. (2021) ressaltam a importância de se compreender o ser humano a partir da lógica biopsicossocial para que seja possível aplicar o conceito ampliado de saúde e doença, uma vez que o indivíduo é composto por diversas áreas e necessidades, não ascendendo uma sobre a outra. Não raramente ocorre uma redução do paciente psiquiátrico a um transtorno mental, sendo desconsiderados demandas de ordem fisiológica. Esse fato é visto no cotidiano de pessoas em sofrimento mental, principalmente para usuários conhecidos nos serviços de saúde por suas demandas de saúde mental, onde estes, buscando atendimento por questões físicas, têm queixas ignoradas ou desconsideradas.

O descuido com a saúde mental no município também é apresentado através da indisponibilidade de mão de obra e pessoal capacitado. Barrantes et al. (p. 24, 2017) salientam:

Embora a formação por si só não garanta mudanças efetivas nas atitudes nem nos comportamentos dos colaboradores, (...) é preciso dar informação correta segundo os objetivos, conteúdos e grupos profissionais, preferencialmente integrados nos sistemas habituais das tarefas/procedimentos a executar dentro da Instituição, evitando que este tipo de formações sejam um momento de, simplesmente, “dar a conhecer”.

Os profissionais que compõem a equipe CAPS I do município atualmente se trata majoritariamente de profissionais não-especializados em saúde mental. Os profissionais efetivos, bem como residentes em saúde, adquirem conhecimento sobre a atuação no CAPS principalmente através da prática. Além disso, ocorre ainda um outro fenômeno, onde, de forma regular, profissionais que tenham sido colocados à disposição por outras instituições, coincidentemente vem a fazer parte do corpo de colaboradores da instituição. Além da

equipe técnica, não existe também nenhum tipo de treinamento ou capacitação direcionado aos profissionais da equipe administrativa, referente à atuação em uma instituição voltada à saúde mental. Em razão disso, por vezes se faz necessário a realização de orientações pela própria equipe, a fim de evitar condutas inadequadas.

Compreende-se uma melhora considerável das estratégias de cuidado e compreensão da singularidade do sujeito por parte dos profissionais, quando na participação de oficinas e capacitações específicas da área de cuidado em questão, podendo ser mencionada a Planificação em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. Magalhães e Cintra (2020) destacam a Planificação da Atenção à Saúde como uma possibilidade de melhorar o atendimento do Sistema Único de Saúde aos usuários, auxiliando os envolvidos no processo de promoção de saúde na organização de micro e macroprocessos na Atenção Primária de Saúde, provocando mudanças no processo de trabalho e incentivando os profissionais à reflexões de suas próprias condutas.

As Planificações trabalham por meio de oficinas tutoriais e acompanhamento contínuo das equipes, buscando planejar, executar e monitorar os processos de trabalho, construindo critérios condizentes com a realidade (Rivera, 1987; Magalhães; Cintra, 2020). A utilização desse método possibilita a identificação de problemas de saúde emergentes, construção de objetivos que visem a mudança desse fator e de critérios que possibilitem essa mudança, além de contar, ao final, com a avaliação dos resultados obtidos (Tonini; Kantorski, 2007).

O processo de planificação com ênfase na Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde tem por objetivo organizar o cuidado em Saúde Mental em Unidades Básicas de Saúde, fortalecendo o papel da APS na estrutura da Rede de Atenção Psicossocial no SUS (Ministério Da Saúde, 2022). Essa proposta tem colhido frutos na atuação da APS a pequenos passos, no entanto, questiona-se uma necessidade de participação mais eficiente da rede

especializada na articulação desse processo, a fim de se estabelecer uma comunicação entre os serviços da rede.

O estigma e a violência contra pessoas em sofrimento mental pode acarretar na manifestação ou agravos de condições clínicas (Barreto; Figueiredo, 2019). Além disso, oportuniza a perda de direitos e oportunidades, se tornando uma barreira social para as pessoas em sofrimento mental em seu acesso à sociedade e aos serviços (Barrantes et al., 2017). Devido ao meio em que vive, a pessoa em sofrimento mental se reconhece dentro desses estigmas e acaba incorporando um sentimento de inferioridade. Dessa forma, a estigmatização do sujeito que sofre, provoca uma desassistência desse usuário, uma vez que promove barreiras para seu acesso ao atendimento e a qualidade de vida.

A partir das discussões desenvolvidas acima, elaborou-se o Quadro 1 que sintetiza os principais eixos temáticos identificados, seus obstáculos e os encaminhamentos sugeridos para o fortalecimento das práticas em saúde mental, permitindo visualizar, de forma mais prática, aspectos estruturais, políticos e assistenciais que atravessam o cuidado na rede de atenção à saúde mental.

Os dados sistematizados no Quadro 1 evidenciam a predominância de um modelo voltado a práticas manicomial, que se faz presente a partir de diversos aspectos, como a relação de dependência do usuário com o serviço, a reprodução de falas e as práticas excludentes e estigmatizantes, contrariando a ideia de reabilitação social e enfatizando a atenção biomédica, sobretudo com a intervenção farmacológica como fonte de cuidado. No entanto, considera-se que a desassistência do CAPS e demais serviços da rede com usuário, está fortemente vinculada à desassistência sofrida pela própria rede.

De acordo com o exposto, evidencia-se que a reforma psiquiátrica não somente não foi institucionalizada, como também se distancia disso a cada dia, de acordo com as ações adotadas que provocam um sucateamento dos serviços existentes, dificultando a possibilidade de atendimento do usuário em toda a sua complexidade.

Quadro 1 - Síntese dos obstáculos e propostas para as práticas em saúde mental

EIXO TEMÁTICO	PRINCIPAIS OBSTÁCULOS	PROPOSTAS SUGERIDAS
Estrutura Física das Unidades	Espaços inadequados e insuficientes; carência de materiais; sobrecarga de demanda.	Investimento em infraestrutura e material; ampliação e adequação dos espaços terapêuticos.
Políticas Públicas e Atenção à Saúde Mental	Enfraquecimento das diretrizes da Reforma; Subfinanciamento e invisibilidade da saúde mental; priorização de comunidades terapêuticas e internações; Comunicação fragmentada da rede; ausência de serviços essenciais (CAPS II, CAPS I e CAPS ad; e ambulatório de saúde mental).	Reafirmação dos princípios da Reforma Psiquiátrica; fortalecimento das políticas públicas baseadas em evidências; ampliação de financiamento e controle social nas decisões de gestão; fortalecimento do matriciamento e do cuidado compartilhado.
Ênfase na Intervenção Farmacológica	Predomínio do modelo biomédico, medicalização e desvalorização das práticas psicossociais.	Promoção de práticas interdisciplinares e psicossociais; capacitação dos profissionais; incentivo à redução do uso excessivo de fármacos.
Modelo de Cuidado em Vigor	Centralização do cuidado no médico; baixa adesão a atividades grupais; permanência de práticas manicomial e de violação de direitos.	Implementação de abordagens territoriais e comunitárias; valorização das práticas multidisciplinares; protagonismo do usuário no cuidado."
Estigma da Loucura	Preconceito e violência institucional; atendimento desumanizado; despreparo profissional.	Capacitações continuadas e promoção de educação permanente em saúde mental.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

CONCLUSÃO

A redução da reforma psiquiátrica a um processo de desospitalização torna-se um obstáculo à sua consolidação, considerando que a implantação de serviços substitutivos não são por si suficientes para estabelecer novas formas de cuidado ao usuário. Apesar da ausência de um hospital psiquiátrico, o modelo hospitalocêntrico se faz presente a partir dos discursos e intervenções adotadas que são constantemente focados em práticas sem evidências científicas, que se distanciam das mudanças propostas pela reforma psiquiátrica e portarias de consolidação, e se reencontram com o modelo manicomial.

O conhecimento das atribuições e possibilidades do CAPS I de forma isolada, apesar de permitir maiores possibilidades de suporte e manejo adequado dos profissionais para os usuários, não é suficiente para sua aplicabilidade. Existem outros fatores que dificultam esse processo, sobretudo a articulação do cenário político com as práticas nessas unidades. Considera-se que, mesmo quando dispondo de profissionais especializados, as dificuldades relacionadas

ao acesso, a estrutura e materiais adequados, a atenção da gestão à capacitação de colaboradores e ao incentivo, principalmente financeiro, de instituições que não trabalham dentro dos objetivos da RAPS, são empecilhos para a institucionalização do modelo de cuidado proposto pela reforma.

Dependendo dos formatos de cuidado exercidos por uma equipe, um CAPS pode diferenciar-se muito pouco de uma perspectiva manicomial, compreendendo que a reforma psiquiátrica não foi/ é um processo dado, e exige constantes esforços. Dizer que vivemos o modelo da reforma em sua totalidade somente pela ausência de hospitais psiquiátricos simplifica esse processo e desconsidera os sinais de retrocesso nos cuidados de usuários de saúde mental.

Surge então uma incongruência, onde a desassistência política, e, por consequência, a atuação de profissionais da rede e do CAPS, fortalecem o discurso de que a reforma psiquiátrica tem promovido desassistência e justifica a sustentação do modelo hospitalocêntrico

Mostra-se iminente a necessidade de um maior incentivo da articulação, não só

entre as unidades da rede, mas também junto à gestão política responsável por esses serviços, desde o nível municipal até o federal, de forma a viabilizar a estruturação da RAPS, iniciando por sua base, a fim de instituir os serviços adequados, que suportem a demanda da região.

Percebe-se ainda, quanto ao conhecimento teórico, uma pouca disposição

de materiais sobre o estigma e o trato de usuários em sofrimento mental entre profissionais da saúde, sendo este um tema emergente e recorrente nas práticas no município, sendo a maioria encontrada a respeito da experiência do profissional, e não no usuário, mesmo se tratando do protagonista desse cuidado.

THE SCRAPPING OF MENTAL HEALTH: THE (IN)VIABILITY OF INSTITUTIONALIZATION OF PSYCHIATRIC REFORM IN A CITY IN WESTERN AMAZONIA

ABSTRACT: The psychiatric reform movement involves advocating for the rights of individuals experiencing mental distress. It aims to change prevailing perceptions of madness by promoting a new form of care, proposing an integrated mental health network composed of substitute services. This article presents an experience report, aiming to depict mental health practices in a city in the interior of Rondônia. It draws on experiences from the multidisciplinary health residency program, shedding light on the challenges encountered in the routine of mental health care. The study revealed that various obstacles are encountered daily in mental health care across the network, leading to a lack of assistance for service users. The analysis highlighted the following sub-themes as coefficients inhibiting the effectiveness of mental health care discussed in the research: Public Policies and Mental Health Care; The Effectiveness of Substitute Services; The Physical Infrastructure of the Units; Emphasis on Pharmacological Intervention; The Current Care Model; and The Stigma of Madness. The analysis made it clear that psychiatric reform is not only non institutionalized but is also moving further away from it every day due to the adopted practices, leading to the deterioration of existing services.

KEYWORDS: Psychiatric Reform. Psychosocial Care. CAPS. Stigma. Mental Health.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, G. C.; COSTA, T. G. da; MORENO, V. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 4, n. 8, p. 45-50, 2012.

BARRANTES, F. R.; VIOLANTE, C.; GRAÇA, L. C. C.; AMORIM, I. Programa de luta contra o estigma: resultados obtidos na formação nos profissionais de saúde mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, spe5, p. 19–24, 2017.

BARRETTO, R. S.; FIGUEIREDO, A. E. B. Estigma e violência na percepção dos profissionais de saúde mental de uma unidade psiquiátrica em hospital geral. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 124–130, abr. 2019.

BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 1780-1785, 2011.

BOSSATO, H. R.; LOYOLA, C. M. D.; OLIVEIRA, R. M. P. de. Desafios do cuidado de enfermagem na reabilitação psicossocial: um estudo sob a perspectiva construcionista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 abr. 2001**. Brasília: Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 fev. 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 dez. 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 08 out. 2021.

CRUZ, N. F. de O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, p. e00285117, 2020.

DIMENSTEIN, M. et al. Equidade e acesso aos cuidados em saúde mental em três estados nordestinos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1727–1738, 2021.

FERREIRA, J. T.; MESQUITA, N. N. M.; SILVA, T. D.; SILVA, V. D.; LUCAS, W. J.; BATISTA, E. C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma instituição de referência no atendimento à saúde mental. **Rev. Saberes**, Rolim de Moura, v. 4, n. 1, p. 72-86, 2016.

GUIMARÃES, D. A. et al. Dificuldades no trabalho em saúde mental: percepção de trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Macrorregião Oeste de Minas Gerais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33052, 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

LEAL, B. M.; DE ANTONI, C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, n. 40, 2013.

LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 399–407, mar. 2007.

MAGALHÃES, M. C.; CINTRA, K. M. S. Planificação da Atenção Primária à Saúde: relato de experiência – Regional de Saúde Centro Sul. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás "Cândido Santiago"**, v. 6, n. 1, p. 139-150, 2020.

MAIA, A. F.; GRADELLA JÚNIOR, O. A educação em direitos humanos como suporte às políticas antimanicomiais: história e memória. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, p. e00312144, 2020.

MASINI, D. V. C.; GOULART, D. M. Ensino, cuidado e subjetividade no campo da medicina: um estudo de caso. **Psicologia em Estudo**, v. 28, 2023.

MENEZES NETO, J. B. de; SILVA, E. de S. M. e; FIGUEIRA, G. M.; SOUZA, J. C. The stigma of mental illness among students and health professionals. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. e8310312899, 2021.

MIELKE, F. B.; KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. da R.; OLSCHOWSKY, A.; MACHADO, M. S. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 159–164, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental na APS: Guia de Orientação para a Tutoria da Etapa 1 – A Organização da Linha de Cuidado em Saúde Mental na APS**. Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais. São Paulo: Ministério da Saúde, 2022.

MPRS. Ministério Público do Rio Grande do Sul. **Compreendendo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. Porto Alegre: MPRS, 2022.

MUSSI, R. F. de F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Revista Práxis Educacional**, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021.

PAES, L. G.; SCHIMITH, M. D.; BARBOSA, T. M.; RIGHI, L. B. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 395–409, 2013.

RIVERA, F. J. U. Por um modelo de formulação de políticas de saúde baseado no enfoque estratégico da planificação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 3, p. 444-462, 1987.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021.

SERAPIONI, M. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, n. 4, p. 1169–1187, out. 2019.

SOUSA, P. F. de et al. Modelo explicativo de não adesão ao paradigma psicossocial da saúde mental. **Psico-USF**, v. 27, n. 4, p. 765–778, out. 2022.

TOMAZ, M.; CAPUTO, L. R.; BEDIM, V. B.; DE OLIVEIRA DUARTE, M. J. A saúde mental em tempos de desafios e retrocessos: uma revisão. **Argumentum**, v. 12, n. 2, p. 91-106, 2020.

TONINI, N. S.; KANTORSKI, L. P. Planejamento estratégico e as políticas de saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 126-132, 2007.

ZAMBENEDETTI, G.; PERRONE, C. M. O processo de construção de uma rede de atenção em saúde mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 277–293.