

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

THAMIRIS LUCIA SILVA PARENTE DE BARROS

**A IMPORTÂNCIA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO COMO PRINCÍPIO DOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA BREVE ANÁLISE DA
EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO**

RIO DE JANEIRO
2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

THAMIRIS LUCIA SILVA PARENTE DE BARROS

**A IMPORTÂNCIA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO COMO PRINCÍPIO DOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA BREVE ANÁLISE DA
EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO**

Monografia apresentada à Escola De Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob a orientação da Professora Doutora Rachel Gouveia como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

RIO DE JANEIRO

2021

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	
CAPÍTULO 1. BREVE PERCURSO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	12
1.1 Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil	12
1.2 A Rede de Atenção Psicossocial e o Dispositivos Assistenciais	17
1.3 Desinstitucionalização, Cuidado e Liberdade: princípios inegociáveis	22
CAPÍTULO 2. DESAFIOS E IMPASSES DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO CAPS NEUSA SANTOS SOUSA.....	25
2.1 O CAPS Neusa Santos Sousa	30
2.2 A experiência de estágio: impasses e desafios para a desinstitucionalização	16
CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
BIBLIOGRAFIA	39

AGRADECIMENTO E DEDICATÓRIA

Agradeço minha família, minha mãe Vera, meu pai Edson e meu esposo Thiago que me deram forças para continuar mesmo com vários obstáculos pela frente, mesmo quando pensei que não iria conseguir eles estavam me dando apoio, tentando ficar com o meu bebê que nasceu durante a graduação, sei que não foi fácil.

Agradeço minhas amigas do IFCS e do serviço social que me deram forças para continuar nessa jornada mesmo grávida, dando todo apoio fazendo com que eu acreditasse que iria conseguir.

Agradeço à minha orientadora Rachel Gouveio por toda paciência que teve comigo nesse período difícil de puerpério, por ter acreditado que eu iria conseguir, pela cumplicidade e pelo carinho que teve comigo a todo momento.

Agradeço pela existência do meu filho Theo Benjamin que chegou na minha vida, deu uma bagunçada mas ao mesmo tempo me deu novas formas para continuar essa trajetória.

Agradeço a minha supervisora de campo Eliza que diversas vezes me fez refletir e me incentivou ao máximo.

Por último, agradeço também o CAPS Neusa Santos Souza que me fez ter essa oportunidade de estágio enriquecedora e ensinou a todo o momento sobre desinstitucionalização, que me fez construir esse trabalho

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

RT – RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CAP – COORDENAÇÃO DE ÁREA PROGRAMÁTICA

RAPS – REDE DE AÇÃO POLÍTICA PELA SUSTENTABILIDADE

BPC - BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

NASF - NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

OSS - ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE

CECOZO - CENTRO DE CONVIVÊNCIA DA ZONA OESTE

RESUMO E PALAVRAS-CHAVES

Compreender a saúde mental para além dos muros das instituições responsáveis por proporcionar atendimentos, que por vezes subtraem do humano sua dignidade, bem como suas características como ser, me motivaram a demonstrar através desse Trabalho de Conclusão de Curso a discussão no que cerne a desinstitucionalização dos usuários.

A motivação surgiu a partir da aproximação com a saúde mental enquanto estagiária do CAPS, onde, estive em uma posição de compreender a saúde mental para além da qual me deparei por meio de histórias e estereótipos enraizados perante a sociedade da loucura e de seus possíveis tratamentos via medicações entre outras ferramentas utilizadas para a sua cura.

O objetivo geral do trabalho é mostrar como se dá o funcionamento do CAPS Neusa Santos Souza e como se dá o trabalho de desinstitucionalização dos usuários de longa permanência, os instrumentos analíticos usados para a escrita foram construídos através do meu diário de campo enquanto estagiária, a partir da observação durante processo de estágio.

Fruto da minha vivência por meio de situações presenciadas no meu campo de estágio, serviu de motivador, para escrever e discutir sobre como a saúde mental e a sua institucionalização estão ligados com a qualidade de vida dos usuários atendidos por variados profissionais não só no CAPS como em outras instituições que tratam desses “problemas” por muitas vezes como caso de polícia.

A discussão em torno do tema de desinstitucionalização vem sendo debatida por vários autores, como apontado ao longo da presente monografia, e para além, cabe ressaltar que a “loucura” e todo o seu processo em torno do ser ganhou força de XX até o momento.

Dentro desse processo de escrita, levanto problemáticas acerca da saúde mental e de como ela ainda é tratada por profissionais na área da saúde que visualizaram procedimentos incabíveis como soluções para esse “problema”, por meio de atendimentos primitivos, como dosagens desproporcionais e a exclusão da convivência familiar, que em muitos casos é solicitada pelos seus próprios entes e pelos conselhos que lhe compete

Palavras-chave: Saúde Mental, Centro de atenção psicossocial (Caps), Redução de Danos, Desinstitucionalização.

INTRODUÇÃO

A partir da minha inserção como estagiária no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Neusa Santos Souza, localizado no município do Rio de Janeiro no bairro Jabour em Senador Camará, conheci um lugar que não estava presente na minha vida, até então, e entender um pouco sobre a reforma psiquiátrica e a importância da desinstitucionalização. Pois me fez olhar para coisas que parecem tão simples, mas que para pessoas com internação de longa permanência, não são tão simples assim. Me fez entender os princípios do código de ética do assistente social, que tem a liberdade como valor ético central, e a importância de segui-lo, pois considero fundamental para o ser humano.

Neste sentido, o presente trabalho é fruto do meu estágio de dois semestres do ano de 2019.1/2019.2. Foram realizados o primeiro e o segundo períodos de estágio no CAPS com uma frequência de 3 dias na semana (segunda/quarta/sexta). Foi quando passei a ter maior contato com o processo de desinstitucionalização junto com a minha supervisora, assistente social, trabalhadora do CAPS. Durante esse período foram realizadas visitas em hospitais psiquiátricos, como o Instituto Philippe Pinel, a Colônia Juliano Moreira, ao Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira, e a outros hospitais gerais com atendimento psiquiátrico. Também acompanhei outros processos de desinstitucionalização de usuários em situação de abrigamento institucional, assim como de usuários que viviam institucionalizados em suas próprias casas. Foi possível, acompanhar diversos casos de desinstitucionalização em diferentes espaços, fazendo com que esse assunto me interessasse cada vez mais. Muito por conta dessas pessoas que estavam reclusas e o processo de desinstitucionalização impactou na mudança da realidade delas.

O meu trabalho está centrado no registro dessa vivência em meu diário de campo, em que relato os momentos em que estive presente no CAPS Neusa Santos Souza. Tem como objetivo apresentar como se dá o funcionamento do CAPS e como tem se dado o trabalho de desinstitucionalização dos usuários de longa permanência.

Na metodologia realizei uma revisão bibliográfica, assim como apresentei questões do estágio, sobre a desinstitucionalização. Como instrumento analítico utilizei o diário de campo, com a minha observação no estágio para elaboração deste trabalho. O trabalho foi estruturado

da seguinte forma: No capítulo enfatizamos as mudanças na lógica do cuidado a partir da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, mostrando como eram construídos “os depósitos de gente”.

Lugares como o Hospital Colônia de Barbacena, retratado no documentário Holocausto Brasileiro, eram para pessoas que não tinham para onde ir, muitas delas, estavam adoecidas e não tinham como pagar uma clínica médica ou até um lugar para morar, pois não existiam abrigos gratuitos e nem o SUS (Sistema Único de Saúde). Até que com o passar dos anos, transformou-se em um grande depósito de pessoas que eram estigmatizadas pela sociedade: como mulheres que eram separadas, moradores de rua, entre outros. A partir da realidade brasileira, já dá para se ter uma dimensão de quem são essas pessoas que ficavam internadas, pessoas que tinham gênero, classe e cor já pré-definidas, como mostra Passos no texto ‘Navio Negroiro’.

No segundo capítulo apresento o trabalho do CAPS, no qual realizei estágio. Relato o histórico do, Caps Neusa Santos Souza, como se deu a abertura, já que é um CAPS novo. Falo de como ele se estrutura e como se dá o funcionamento, diante disso coloco como foi minha experiência de estágio e a realidade com a qual me deparei: com a demanda da desinstitucionalização, que foi completamente nova para mim e fez com que enxergasse esse mundo, o qual não imaginava que ainda existisse, com pessoas de longa permanência e até mesmo institucionalizada dentro da própria casa. Isso me mostrou como a desinstitucionalização é importante para essas pessoas que muitas das vezes não tem vínculo familiar, pois o mesmo se perdeu ao longo do tempo.

CAPÍTULO 1

BREVE PERCURSO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O primeiro capítulo tem o objetivo de mostrar um pouco sobre a política de saúde mental, e a forma de tratamento em locais que funcionavam como lugar de tratamento de saúde mental antes da reforma psiquiátrica e as mudanças que se deram após a reforma.

1.1 Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil

A interpretação da loucura é algo cultural, varia de cada lugar, cada época, em algumas culturas, o sujeito com comprometimento mental era visto como oráculo, em outras, como atormentado por demônios. É a partir de Philippe Pinel que a loucura começa a ser vista também como um adoecimento, para o qual, se desenvolveram diversos tipos de tratamento.

No Brasil, a partir da interpretação da loucura como uma doença, o tratamento disponível era o isolamento e a exclusão. Os sujeitos com algum tipo de adoecimento mental mais grave, ou ficavam isolados dentro de suas casas ou eram levados e deixados em manicômios, geralmente afastados dos centros urbanos e lá, muitos portadores de transtorno mental, eram esquecidos. O tratamento geralmente se resumia ao uso de medicações e métodos invasivos como o choque elétrico e a camisa de força, geralmente sem eficácia.

No Rio de Janeiro, haviam grandes manicômios públicos, como a Colônia Juliano Moreira, Hospital Pedro II (conhecido como Hospital do Engenho de Dentro), Pinel, entre outros públicos, assim como manicômios privados conveniados com o Estado.

Com o passar do tempo tais lugares se caracterizavam como verdadeiros depósitos de pessoas, não apenas pessoas com algum tipo de adoecimento mental eram internadas nesses locais, mas meninas que perdiam a virgindade antes do casamento, homossexuais, entre outros. Na realidade, qualquer pessoa que apresentasse algum tipo de comportamento inaceitável pela sociedade da época, como mostradas em vários filmes que retratam a temática da saúde mental, como o filme da Nise da Silveira, Holocausto Brasileiro, entre outros. O tratamento ofertado a essas pessoas era o isolamento e exclusão, o que na verdade era uma higienização da sociedade. Essas pessoas eram vistas como anormais, desviantes e esses grandes manicômios geralmente ficavam em locais afastados dos grandes centros urbanos.

Nesses hospitais, sobretudo nos conveniados com o Estado, não havia um compromisso de melhoria no quadro dos pacientes. De modo que quanto mais tempo e maior o número de pacientes internados, mais ganhos para os donos dessas clínicas obtinham, tornando assim a loucura como fonte de lucro para o capital. No Rio, existiam muitas clínicas particulares que tinham convênio com o governo, ou seja, recebiam verbas públicas por cada paciente, contudo as condições dos mesmos eram deploráveis e tais lugares foram alvos de denúncias de violações dos direitos humanos.

A partir da Segunda Guerra Mundial se inicia um questionamento da eficácia dos manicômios. Por um lado, houve toda uma comoção social por conta dos pacientes, visto que esses lugares passaram a ser comparados com campos de concentração, por outro, via-se um grande quantitativo de mão de obra disponível nessas instituições, que estava escassa devido aos conflitos. Essas reflexões repercutiram não só na Europa, como no Brasil.

O movimento que teve mais forte impacto no Brasil tomava por base as ideias de Franco Basaglia, da Reforma Psiquiátrica italiana, ou psiquiatria democrática italiana, que apontava o manicômio como uma realidade dramática e opressora e que, portanto, deveria ser impetuosamente refutada, fazendo-se necessária não só a destruição e a superação dos muros hospitalares em si, mas do sistema ideológico em que se sustenta a violência e a exclusão nas quais a psiquiatria se baseou em todo esse processo. Para isso, é necessária a reconstrução dos valores que sustentam a realidade do manicômio (BASAGLIA, 1985 apud Pereira, 2020, p. 75).

Além do clima externo, estudantes e trabalhadores da saúde começaram a se questionar e a denunciar as condições de trabalho e também condições de cuidado com os pacientes. Reivindicavam condições dignas de trabalho, como regularização de salários, recursos humanos, materiais e melhores condições de tratamento para os usuários, que de fato trouxesse resultados positivos na evolução do seu quadro, além de um atendimento humanizado. Tais reivindicações, que deram origem ao surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, ultrapassaram os muros manicomial e tiveram adesão dos próprios pacientes e seus amigos e familiares que, para além das mudanças em relação ao tratamento, exigiam direitos de cidadania para o portador de transtorno mental.

Dessa forma, surge o movimento de reforma psiquiátrica, entendendo que não é apenas uma mudança nas condições de trabalho, que não é apenas uma humanização daquele lugar de trabalho e sim uma mudança em toda a estrutura de saúde e de tratamento que se era ofertado naquela época para esse público alvo. Tais atores começam a estudar e buscar

inspirações. A experiência da reforma na Itália, foi tomada como um exemplo, para o processo em desenvolvimento no Brasil

A Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, na experiência brasileira, questionam o modelo manicomial e suas expressões a partir da influência da Reforma Psiquiátrica Democrática Italiana, em especial, de inspiração Basagliana. Franco Basaglia compreendia o manicômio como componente de um sistema hierárquico-punitivo, sendo necessário a construção de um antimodelo que fosse capaz de “[...] destruir a tendência à acomodação dentro de novos esquemas de referência contrapostos aos tradicionais” (BASAGLIA, 1985, p.313). Para o autor, as instituições são úteis para a perpetuação e manutenção dos valores criados e determinados pela classe dominante, logo, as estratégias e ações que se propõem a seguirem na contramão da funcionalidade institucional do sistema não podem “[...] limitar-se a simples transformação humanitária da situação específica, mas [devem] agir no interior da funcionalidade da instituição quanto ao próprio sistema” (BASAGLIA, 1985, p. 315 apud Passos, 2018, p.14).

No período em que o Brasil passava pela redemocratização, todo o modelo de saúde estava sendo questionado e reestruturado, uma discussão envolvendo Estado e Sociedade Civil, que futuramente veio a se configurar na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), sem esse movimento não haveria Reforma Psiquiátrica, sendo indissociado da luta pelo SUS e seu avanço .

No próprio processo de construção da experiência brasileira identificamos que há forças conservadoras da psiquiatria tradicional que defendem a reorganização dos serviços em saúde mental. Entre os antimanicomiais também encontramos aqueles que defendem a humanização e reorganização do hospício, o que nos convoca a reflexão e debates a todo instante. Para alguns desses representantes da psiquiatria tradicional, a reforma psiquiátrica é simplesmente a reorganização assistencial. Ou seja, aparentemente realiza-se a modernização dos manicômios – uma vez que violam os direitos humanos devido às suas péssimas condições – e os substituem por novos serviços mantendo a mesma lógica, expressa pela centralidade do poder e saber médico, e, a internação como estratégia central. (Passos, 2017. p.56 e 57)

O movimento de luta antimanicomial defende que a pessoa em adoecimento mental deve receber o tratamento humanizado e de preferência próximo ao território que vive, e que o atendimento não precisa ser exclusivamente hospitalar, utilizando a internação apenas como recurso para os quadros mais agudos de crise quando não for possível o manejo no território. Para esse tipo de atendimento foi pensado serviços extra hospitalares, sendo os em centros de atenção psicossocial criados e hoje referência como atendimento a pessoa em sofrimento mental grave ao severo. É uma proposta de cuidado completamente diferente da anterior que propõe várias mudanças.

Em 2001, por exemplo, foi aprovada a lei 10.216 que fala sobre os direitos das pessoas com transtorno mental , foi uma grande conquista para o movimento de luta antimanicomial.

A lei 10.216/2001 ficou conhecida como a “Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica”, no qual substituiu a legislação protetiva de 1934 que existia para proteger os

“doentes mentais”. Além dessa lei, inúmeras portarias de cunho federal, outras de âmbitos estaduais e municipais foram promulgadas no Brasil. (Passos, 2017, p.64)

À medida que os hospitais psiquiátricos foram fechados, tornou-se necessário a criação de espaços que se relacionassem como a nova lógica de cuidado. Diante disso, foram criados os serviços de saúde mental com base no território em que esses sujeitos estão inseridos. De modo que a família, a comunidade pudessem fazer parte desse processo.

Temos como exemplo, a cidade de Santos, que teve a primeira experiência de um serviço de atendimento psicossocial 24 horas de porta aberta com atendimento multiprofissional. Como aponta, Passos/2017 que vai estabelecer uma relação entre a luta antimanicomial e três princípios do Projeto Ético-Político do Serviço Social, são eles: liberdade, emancipação e Defesa Intransigente dos Direitos Humanos.

E assim, a lei 10.216/2001 ficou conhecida como a “Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica”, no qual substituiu a legislação protetiva de 1934 que existia para proteger os “doentes mentais”. Além dessa lei, inúmeras portarias de cunho federal, outras de âmbitos estaduais e municipais foram promulgadas no Brasil. (Passos 2017, p.64)

Existem projetos em disputa na condução da reforma psiquiátrica, concordamos com autoras como Rachel Passos, que defendem uma reforma psiquiátrica antimanicomial radical comprometida com a luta de classes que não esteja deslocada da construção de outro projeto de sociedade, que vai além de uma mudança apenas no modelo assistencial e legislativo. Ou seja, o objetivo não é só uma mudança na condução de uma política pública, mas uma profunda mudança social. Considerando que é um projeto que se relaciona com os princípios do Código de Ética Profissional dos(as) Assistentes Sociais (1993).

De acordo com o Ministério da Saúde (2015), o crescimento da rede substitutiva foi inversamente proporcional ao declínio de investimento nos hospitais psiquiátricos. Em 2002, os hospitais psiquiátricos recebiam 75,24% dos recursos destinados à saúde mental, enquanto a rede substitutiva recebia 24,76%. Em 2014, esses dados se inverteram. A rede substitutiva recebeu 79,39% do investimento e a rede hospitalar 20,61%. (FARIAS, 2020,p. 55)

Mostrando que é possível cuidar da saúde mental, sem precisar excluir o sujeito e aliená-lo do seu meio.

1.2 A Rede de Atenção Psicossocial e o Dispositivos Assistenciais

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades de saúde que atendem a pessoas com sofrimento mental grave, dando suporte inclusive em situações tanto de crise, quanto quando o quadro do usuário se agrava. Atualmente, os CAPS recorrem ao suporte hospitalar quando a situação está muito crítica, onde o usuário coloca a si e/ou a terceiros em risco, necessitando ficar em observação de uma equipe e não a leitos disponíveis nos CAPS II. Também atende a pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas. Nesse sentido, para fornecer tais serviços, os CAPS trabalham com base nas características particulares do território e com equipe multidisciplinar, que é composta por assistente social, enfermeiro, psicólogo, técnico de enfermagem, psiquiátrica, músico terapeuta, terapeuta ocupacional etc.

Existem as modalidades de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) I,II,III, que atende população a partir de 18 anos, CAPSI (centro de atenção Psicossocial Infantil) atende a população infantojuvenil E CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) atende população com uso abusivo de álcool e outras drogas.

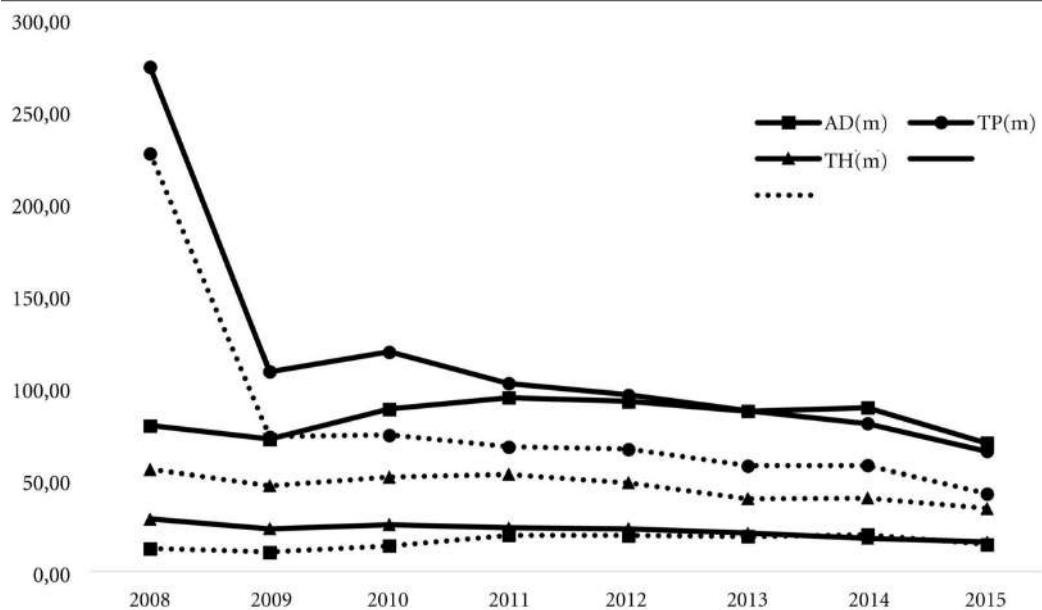
De acordo com a Portaria Nº **336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002** , a população mínima para implantação do CAPS I é entre 20.000 a 70.000 habitantes com horário de funcionamento de 8:00 horas às 18:00, de segunda a sexta; do CAPS II entre 70.000 a 200.000 habitantes com atendimento de 8:00 horas às 18:00, podendo ser até 21:00 horas de segunda a sexta; CAPSI acima de 200.000 habitantes que com atendimento de 8:00 as 18:00, podendo ser até 21:00 horas de segunda a sexta; CAPSAD precisa ter uma população acima de 100.000 habitantes com funcionamento de 8:00 a 18:00, que pode funcionar até as 21:00 de segunda a sexta; e o CAPS III que funciona todos os dias da semana inclusive finais de semana e feriado, 24 horas por dia, contando com leito de observação. No município do Rio de Janeiro não há dispositivos suficientes, contando com poucos CAPS III para situações mais críticas de crise, sendo ainda necessário a utilização de leitos em hospitais, de acordo com a pesquisa sobre “A desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos, e, de forma especial, a “inversão” de gastos a partir de 2006, quando os recursos federais

destinados a ações extra-hospitalares em saúde mental passaram a ser maiores do que os gastos com ações hospitalares.”¹

Em menos de 20 anos, o país concretizou um sólido projeto de desinstitucionalização, com a redução de leitos em parques manicomial. Foram redistribuídos os recursos financeiros da rede hospitalar para os serviços comunitários: neste período, o orçamento destinado aos aparatos asilares diminuiu de 95% do total de gastos com saúde mental para 8 menos de 30%, ao passo que o financiamento da rede substitutiva alcançou um patamar 15 vezes maior. (Fundação Oswaldo Cruz, Fundação Calouste Gulbenkian, 2015, p. 7)

No Brasil, os CAPS começam a ser implementados a partir da década de 90 por conta do avanço nas discussões acerca da reforma psiquiátrica e a implantação do SUS (Sistema Único de Saúde), que tem como princípio a universalidade a integralidade e o controle social revolucionando o processo saúde doença no país. A partir do acompanhamento do CAPS o número de internações e o tempo dessas internações em hospitais, diminuíram, comprovando-se que é eficiente e mais vantajoso para o Estado investir nesses serviços de território, como mostra no gráfico abaixo.

¹ Fonte: Publicação eletrônica Saúde Mental em Dados produzida pela Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde deixou de ser publicada em 2015, atualmente as publicações não estão mais disponíveis no site do Ministério da Saúde. As informações foram disponibilizadas site do Desinstitute em <<https://desinstitute.org.br/noticias/saude-mental-em-dados-acesse-as-edicoes-eletronicas-de-2006-a-2015/>>



Ano	AD(m)	AD(f)	TP (m)	TP (f)	TH(m)	TH(f)
2008	79,68	12,54	275,49	228,27	28,59	55,78
2009	72,13	10,59	109,05	73,49	23,30	46,82
2010	88,62	14,06	119,89	74,38	25,63	51,59
2011	94,95	19,88	102,67	68,06	23,80	53,05
2012	92,86	19,60	96,34	66,77	23,38	48,46
2013	87,53	19,23	87,74	57,61	20,89	39,80
2014	89,51	20,17	80,79	57,92	18,12	40,04
2015	70,09	14,74	65,62	42,56	16,17	34,40

Associação entre a oferta de CAPS e taxa de internação psiquiátrica (valores absolutos e intervalos de confiança) por transtornos por álcool e outras drogas, psicóticos e de humor nas regiões metropolitanas de RJ e SP.²

A construção dos CAPS se dá a partir da construção e constituição do SUS, que preza e que muda a visão dos condicionantes de saúde no processo saúde doença, que vem com a questão de descentralização do cuidado, da regionalização, e articula isso a constituição e a ampliação do SUS. A partir disso a possibilidade da constituição e ampliação dos CAPS, sem esse processo a constituição e a ampliação não ocorreriam.

Os CAPS contam com uma equipe multidisciplinar que prioriza o atendimento coletivo, diferente de um atendimento especializado que se daria em ambulatórios. Os atendimentos vão ocorrer a partir da demanda do usuário, podendo, em alguns casos e

² Fonte: Miliauskas, Claudia Reis et al. Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 5 [Acessado 6 Dezembro 2021], pp. 1935-1944. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.18862017>>. Epub 30 Maio 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.18862017>.

situações, ser individual. O que necessariamente não quer dizer que será dentro de uma sala, tal atendimento pode se dar em outros espaços do CAPS ou pelas redondezas da unidade como uma praça. Podem ocorrer em uma oficina, na convivência, sala de espera, em grupos de passeios e etc.

A equipe também realiza atendimentos domiciliares quando necessário, geralmente quando o paciente não consegue acessar o serviço, seja por um motivo de crise ou gravidade do caso. Também articula os atendimentos e visitas com as clínicas da família ou Centro municipais de saúde, assim como discussão de casos. Os atendimentos se estendem aos familiares, amigos, vizinhos, enfim, a toda rede de apoio ao usuário.

Os atendimentos no CAPS sejam eles coletivos ou individuais, tem como proposta auxiliar o sujeito com sofrimento mental a estar na vida apesar do seu transtorno, cabe a equipe do serviço orientar, empoderar e auxiliar no processo de autonomia desse usuário, que muitas vezes encontra dificuldades de acessar serviços básicos para sua sobrevivência. Cabe a equipe auxiliar o usuário no seu cotidiano, na construção de uma nova sociedade sem discriminação a qualquer cidadão que apresente alguma diferença do que é considerada comum na sociedade.

Tal trabalho exige uma articulação intersetorial, visando a integralidade no cuidado e acompanhamento do paciente, sendo necessário a construção de um trabalho em rede no território, onde podemos incluir, assistência social, ongs, igrejas, centros espíritas, associação dos moradores, enfim, o que há de dispositivos na comunidade.

Atualmente, os CAPS encontram-se ameaçados devido a políticas de retrocesso do atual governo federal (2021), que reduz e congela o investimento no social, priorizando outras pastas do governo, e, especialmente na saúde mental mantém os investimentos públicos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, essas últimas sem nenhum vínculo com o SUS e com os princípios da reforma psiquiátrica, atendendo a interesses próprios de seus idealizadores .

O público alvo do CAPS é diferente que muita das vezes rende mais no atendimento coletivo. Diante disso, o(a) assistente social precisa ter sensibilidade para conseguir intervir e orientar esses usuários para acessarem seus direitos. É necessário escutá-los e buscar identificar qual é a demanda dele de fato, escutá-lo para entender o que está por trás daquela

demanda dele, e só vamos saber disso ouvindo e sabendo da história, na saúde mental a gente escuta e conhece a história dele de uma forma diferente.

O assistente social na saúde mental, ou em qualquer outro lugar de atuação, irá trabalhar com o acesso a direitos, que passa pelo processo de construção da cidadania do sujeito. É possível observar esse movimento em toda a equipe de saúde mental, pois estamos juntos orientando o usuário a ter acesso a sua casa , ter acesso a rua , a um benefício , ter uma gratuidade no transporte então a todo momento a gente trabalha com isso na saúde mental e pode ser discutido com o usuário e a equipe tanto em espaços coletivos, como individuais, e se dará a partir da dinâmica do serviço e da possibilidade do usuário. Sendo assim, o assistente social poderá estar coordenando uma oficina, uma atividade coletiva, um grupo, ou apenas estar participando de uma dessas atividades e, nestes espaços, está atendendo e criando vínculo com o usuário, peça fundamental para intervenção.

1.3 Desinstitucionalização, Cuidado e Liberdade: princípios inegociáveis

A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a luta antimanicomial, causaram muitas mudanças no modelo de cuidado, uma delas foi a desinstitucionalização para aqueles usuários que, a princípio, desde a época dos grandes manicômios ficaram internados e perderam seus laços afetivos e familiares e assim mantinham a internação devido a ausência de vínculos extra-hospitalares. A partir do trabalho de equipes multidisciplinar dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em hospitais com usuários de longa permanência no processo de alta dos mesmos, foi possível resgatar os vínculos familiares, assim como adotar outras estratégias de desospitalização, inicia-se o trabalho de desinstitucionalização, que vai além de tirar o sujeito do hospital e sim junto com o mesmo construir possibilidades de vida extramuros.

Apesar de todo avanço da reforma e do movimento de desinstitucionalização, ainda hoje é possível observar a institucionalização de sujeitos com transtornos mentais que possuem um vínculo frágil com a família e o território em que vivem. Pois ainda há um pensamento cultural que o tratamento a ser dado de sujeito em sofrimento mental deve ser hospitalar, sendo ainda necessário o trabalho de desinstitucionalização, além de um trabalho de mudança de cultura em relação ao tratamento.

É possível observar em alguns discursos de familiares ou de pessoas próximas dos usuários dos serviços de saúde mental, um certo desgaste em relação ao seu cuidado, devido a ocorrência de algumas crises e piora no quadro, que levam a internação. No momento da internação e alta, infelizmente, é possível identificar esse cansaço quando o paciente não recebe visitas ou não tem quem o acompanhe na sua alta, mostrando a necessidade de um acompanhamento e trabalho também com a rede de apoio desses pacientes, como estratégia de desinstitucionalização e prevenção para futuras internações que acabam sendo de longa permanência, devido a falta de suporte.

Uma das falas dos familiares e que não vão buscar o usuário é que o mesmo precisa ficar internado, pois o seu quadro é crônico, porém, em qualquer outra área ou serviço de saúde, que não seja de saúde mental, ninguém ficará institucionalizado devido a ausência de suporte, mas na saúde mental isso acontece com muita frequência, as pessoas continuam internadas mesmo sem precisar do recurso da internação, e a pergunta que fica é : por quê continuam institucionalizando?

O primeiro passo que precisa ser conquistado no trabalho da saúde mental é o alcance social das pessoas que não tem o adoecimento mental, pois o trabalho ainda é muito “fechado”, é mais voltado ao usuário e seus familiares. Pois tem muitas pessoas que ainda não conhecem o serviço e nem sabem o que é um CAPS e como funciona.

Por conta disso, os CAPS precisam ter um trabalho mais voltado para fora, na comunidade e adjacências, pois é importante que a população saiba o que é o CAPS, sobretudo, os demais profissionais de outros segmentos da saúde, principalmente da atenção básica, pois alguns desconhecem tanto o trabalho quanto o fluxo de um CAPS, ou pensa que todo usuário que tem algum adoecimento mental tem que estar em um serviço especializado e de alta complexidade, vê o adoecimento mental como qualquer outro tipo de agravo.

Um dos desafios para se garantir a desinstitucionalização, e que não continue institucionalizando pessoas, é poder falar mais sobre saúde mental e do tratamento, disponibilizar essas pessoas para falar sobre tanto no âmbito profissional com outros colegas da área da saúde e também no âmbito social. E a partir da informação, seja através da mídia, dos encontros nas universidades, seminários, congressos etc.

Os índices de pessoas que ficam internadas, com questões que a família não quer se responsabilizar, poderiam ser diminuídos por conta disso, que é um dos desafios para falar o que é o tratamento em saúde mental para sociedade. E comunicação do que é o acolhimento em saúde mental e o que é sofrimento mental.

Falar de cuidado em liberdade no século XXI é bem curioso, pois ainda hoje precisamos debater sobre esse assunto depois de todo um movimento de luta que envolveu diferentes setores da sociedade para que os manicômios acabassem, ainda há pessoas “presas”. Não é comum, por exemplo, uma pessoa ir realizar um exame de rotina e sem nenhum motivo clínico ser internado. Durante muito tempo, pessoas foram internadas em manicômios, por terem comportamentos considerados socialmente inadequados pela família. Diante da dificuldade em lidar com determinado comportamento, muitas famílias optaram por excluir esse membro que muitas vezes causa “problemas” no seu convívio, o enviando para uma instituição distante, para o manicômio. Os trabalhadores que atuam neste, por sua vez, levam em consideração o que é dito pelo familiar e não pelo usuário. Diante dessa situação, muitas pessoas se viram institucionalizadas.

É necessário promover uma ampla reflexão sobre o tema, pois ainda hoje existem pessoas, institucionalizadas ou presas em suas casas sob um discurso de cuidado, de tratamento, e muitas vezes não é.

Outro desafio das equipes que atuam na desinstitucionalização, é intervir sem tutelar o usuário, de tentar resolver a vida dele, mas buscar promover autonomia, fazer junto, estar junto mas não fazer por ele. Os usuários precisam ter autonomia para fazer suas próprias escolhas. O desafio é não ocupar esse lugar na desinstitucionalização de “salvador” ou de tutor do paciente. É necessário capacitar os profissionais de saúde para que eles atuem na promoção da autonomia. Há também casos em que o usuário está internado sem indicação e o familiar não quer/pode ir buscar. Nesses casos temos que fazer um trabalho intersetorial, ultrapassando a atuação para além da esfera da saúde, comunicando os outros serviços para partilhar o caso desse usuário, como o CREAS, Clínica da Família, Associação dos moradores e outros serviços, pois não vai caber só a saúde mental determinar e sim conduzir a discussão.

Passos vai estabelecer uma relação entre a luta antimanicomial e três princípios do Projeto Ético-Político do Serviço Social, são eles: liberdade, emancipação e direitos humanos. (Passos, 2017)

Diante disso, o CAPS precisa entrar nos casos de desinstitucionalização como um auxiliar e não um resolvidor de todos os problemas para garantia da autonomia do usuário e esse é um dos desafios para manter-se dentro do contexto de desinstitucionalização.

Um outro grande desafio tem sido contar com os serviços do território. Pois nem todas as famílias podem/querem acolher pessoas portadoras de transtornos mentais ou com outras questões. Nesse caso, deveriam ser consideradas maior oferta de outras opções para que essa pessoa consiga viver a vida dela em uma casa no território, como no caso das residências terapêuticas, que falaremos depois, e que seja acompanhada por serviços de saúde do território como CAPS e clínica da família.

Destacamos que o Código de Ética dos(as) Assistentes Sociais, tem a liberdade como valor ético central que também é um princípio inegociável para a desinstitucionalização. Por isso, defendemos que quando o usuário não tem indicação de internação e não está colocando em risco a si e a terceiros ele não tem que permanecer internado e não precisa mais ocupar aquele leito de hospital.

Concluimos que o maior desafio da desinstitucionalização é o trabalho com a sociedade, de fato fazer com que entendam o que é a loucura, e o que é o cuidado na loucura e

isso é um trabalho para além dos serviços de saúde, pois é um desafio falar do que é a saúde mental, e acolhimento à saúde mental .

CAPÍTULO 2

DESAFIOS E IMPASSES DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO CAPS

NEUSA SANTOS SOUZA

2.1. O CAPS Neusa Santos Souza

O CAPS Neusa Santos Souza está situado no bairro de Senador Camará, no Jabour. Foi inaugurado em 14/09/2016. Ele surge a partir do aumento das demandas reprimidas que tiveram visibilidade com o crescimento da cobertura de Estratégia de Saúde da Família. Nesse momento tornou-se necessário para área programática 5.1³, a construção da RAPS na região com a finalidade de "criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)". (BRASIL, 2011).

Na região já existia o CAPS Lima Barreto, devido ao crescimento da demanda e da população, houve a necessidade da instalação um outro serviço de atenção psicossocial que pudesse garantir o atendimento, conforme previsto na lei 10.216/2001, entendendo que esse mandato se insere na lógica do SUS e tem como um dos seus pilares a Reforma Psiquiátrica. Devido a demanda suprimida do território, o CAPS Lima Barreto ficou sobrecarregado e com isso houve a necessidade de reorganização da área programática 5.1 para organizar o atendimento entre os dois CAPS da região para a garantia ao acesso da população como um direito constitucional de se beneficiar dos cuidados em saúde no serviço público, amplia-se os cuidados em saúde mental, sendo o CAPS junto com a atenção básica, ordenador dessas demandas e parceiro fundamental no levantamento, promoção, cuidado e tratamento em Saúde mental.

³ As **áreas programáticas** (APs) tem suas particularidades em função da história e evolução da ocupação da cidade, determinando características regionalizadas com relação à atividade econômica, mobilidade, serviços de saúde, educação, formas de adoecimento e mortalidade. (Fonte: <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/2e652a52-c1a3-4de3-a2bd-e80eefc0280a> , acessado em 30/11/2021)

O CAPS Neusa Santos Souza tem como estrutura um espaço de uma casa que é da prefeitura do Rio de Janeiro e está localizada no Jabour, esse espaço se dá com dois banheiros dentro da casa. Uma coisa muito importante de analisar em um CAPS é se ele tem espelho no banheiro que os usuários possam frequentar, é uma diferença em comparação aos manicômios que não costumam ter espelhos e no CAPS Neusa tem espelho no banheiro. O CAPS tem um espaço de sala como uma sala de espera onde são realizados os atendimentos coletivos, que se dá a construção de várias atividades conforme a demanda dos usuários, como tocar violão, por exemplo. Nessa sala funciona um bazar de roupas e acessórios para os usuários ou qualquer pessoa que queira comprar. Há também uma sala de observação que tem duas poltronas, nesse mesmo ambiente funciona também uma farmácia, tem duas salas onde acontecem os atendimentos individuais, quando necessário, e as oficinas o espaço também conta com um computador que pode ser usado pelos usuários.

Um outro cômodo do CAPS que é bem interessante, por ter variadas funções, é a cozinha/refeitório, que é dividida por um armário. Esse espaço é transformado conforme o que está sendo feito. Pode ser um refeitório para os usuários poderem comer, esse mesmo espaço também é usado para fazer oficina, e até atendimento individual quando necessário, o mais interessante é que esse mesmo lugar se dá o refeitório dos profissionais, no horário de almoço, logo após o almoço dos usuários que a maioria dos lugares o espaço dos trabalhadores as outras pessoas que chegam no serviço não pode frequentar e no Caps Neusa Santos Souza super funciona dessa maneira de quem faz o espaço e quem está usando no momento, e por conta disso o Caps Neusa Santos Souza tem essa particularidade de mesmo sendo pequeno ele consegue transformar-se, tanto que essa mesma sala também se transforma em sala de reunião para falar dos casos que estão em acompanhamento.

O CAPS trabalha a partir da perspectiva da reforma psiquiátrica de que o sujeito que tem algum tipo de adoecimento mental tem o direito de ser tratado como cidadão e de ter acesso a todos os serviços disponíveis para a sociedade civil. Esse sujeito não deve, portanto, ser excluído ou visto como alienado por conta do seu comprometimento mental. Dessa forma, o trabalho da equipe do CAPS é o de auxiliar que este usuário, assim como seus familiares, apesar de suas respectivas dificuldades e limitações, possam trabalhar, estudar e viver em comunidade obtendo os seus devidos direitos como cidadão. Isso se dá em conformidade com

a lei 10.216/2001 e a consolidação da lógica pública de atendimento às pessoas com transtornos mentais e aos usuários de álcool e outras drogas, entendendo que esse mandato se insere na lógica do SUS e tem como um dos seus pilares a Reforma Psiquiátrica.

O CAPS Neusa Santos Souza entende a crise como algo possível de ser tratada fora dos espaços de exclusão dos manicômios. Ele é o ator principal no desmonte da lógica manicomial de tratamento da loucura, juntamente com os parceiros da atenção primária, da secundária e da terciária.

A equipe do CAPS Neusa Santos Souza é composta pelo Diretor, Coordenação técnica, Chefia administrativa e apoiador administrativo, supervisor, profissionais de nível superior. São estes: médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, musicoterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico, assistente social. Para além deles, os profissionais de nível médio (acompanhante terapêutico, oficinairo) e técnicos de enfermagem também compõem a equipe, além da equipe de apoio que são os profissionais da limpeza e da cozinha.

Apesar das especificidades, o CAPS não oferece um atendimento especializado e sim multidisciplinar, os profissionais trabalham juntos como técnicos em saúde mental, e apesar do trabalho ser multiprofissional existem particularidades de atuação específica de cada área, então o assistente social tem suas particularidades em seu trabalho profissional, assim como médicos, enfermeiros, etc. A direção aposta no trabalho de atendimento coletivo, em conjunto, para que não seja repetido a lógica ambulatorial, que se dá no individual dentro de uma sala. Considera o quadro em que o paciente se encontra, dependendo da situação o usuário recebe o atendimento individual, e o mesmo pode ocorrer dentro de uma sala, no pátio, ou nas proximidades do CAPS, não seguindo a lógica de consultório, priorizando os espaços coletivos.

O CAPS Neusa Santos Souza faz um trabalho no território junto a comunidade priorizando sempre fazer atividades fora do espaço físico do serviço, visando uma aproximação com o território e fortalecimento de vínculo, trabalhando sempre em prol na redução de danos nesses usuários em acompanhamento. Exemplo disso, a oficina de futebol que é realizada na praça, oficina agenda cultural⁴ que ocorre na cidade do Rio de Janeiro e a

⁴ Oficina que os usuários escolhem algum lugar no Rio de Janeiro que desejam conhecer e se organiza para estar indo, tal oficina visa trabalhar o acesso dos usuário na cidade do Rio de Janeiro assim como estimular a sua

oficina criativa de carnaval, que ocorre num espaço cedido por uma universidade privada do bairro e é aberta ao público. Algumas oficinas ocorrem no CAPS, como a de biju, artes e música, porém, com a proposta de se expandir para outros espaços do território, como uma parceria que foi criada entre o Caps Neusa Santos Souza e o centro de convivência da zona oeste (CECOZO), localizado em Campo Grande.

A intenção de fazer as coisas fora do CAPS é com intenção de apropriar-se do bairro e da cidade como um todo e fazer com que outras pessoas consigam conhecer melhor o que é esse trabalho da saúde mental.

O CAPS Neusa Santos Souza tem um trabalho forte que é poder discutir a saúde mental no território, poder incluir outras pessoas da sociedade na discussão da saúde mental como eu venho citando e também possibilitar o acesso dessas pessoas com transtorno mental pela cidade, pensando sempre na mobilização e controle social desses usuários no SUS e demais serviços ofertados para sociedade.

O Caps Neusa Santos Souza está sempre proporcionando uma forma de se apropriar do território e aproximar a população para entender como funciona o serviço de Saúde mental de uma forma ampla e aberta como as assembleias que são abertas à população. Muitas vezes são realizadas na praça próximo ao CAPS para expandir esse trabalho que o Caps Neusa Santos Souza proporciona para o território e até trabalhadores e usuários de outros serviços participam.

O trabalho do CAPS Neusa Santos Souza se orienta a fim de desconstruir os manicômios e as comunidades terapêuticas como espaços físicos/geográficos de tratamento. Trabalha de acordo com a perspectiva de redução de danos fora de espaços de confinamento, busca contornar, situações como as crises, numa lógica de reverter a internação dos momentos mais difíceis, acompanhando intensivamente os pacientes no seu território, para obter a internação em hospital como último recurso a ser tomado, devido ao trauma e estigma que essa internação pode causar na vida do sujeito, trazendo sérias consequências para o ciclo da vida. E, ainda que o usuário seja internado, a equipe do CAPS o acompanha durante o período da internação, pensando junto com a equipe do hospital, no seu processo de recuperação e alta.

autonomia defendendo seu direito de ir e vir , como preza o princípio do Assistência Social como liberdade e garantia de direitos.

O CAPS Neusa Santos Souza trabalha com o acompanhamento de usuários para desinstitucionalizar pacientes internados em manicômios, comunidades terapêuticas, abrigos, enfim, qualquer instituição com características de confinamento. Um de seus pilares é o de construir alternativas de moradia para pacientes egressos de manicômios em moradias assistidas e residências terapêuticas, uma vez que a preocupação é a de permitir que esses usuários possam voltar ao convívio social e ter garantia de seus direitos como cidadãos brasileiros.

O CAPS, assim como a atenção básica, atuam também como porta de entrada do SUS, pessoas que têm transtorno mental podem ir espontaneamente ao CAPS em busca de atendimento, ou através de encaminhamentos, estes, geralmente das clínicas da família que, identificam no território usuários portadores de algum transtorno mental grave ou de algum hospital, quando a partir de alguma crise é internado e a equipe do hospital faz contato com o CAPS conforme a área do usuário, para um acompanhamento.

No CAPS, os atendimentos de primeira vez, ou acolhimento, como se costumam ser chamados, ocorrem todos os dias, nos dois turnos, exceto num dia específico da semana, à tarde, quando acontece a reunião de equipe, onde são discutidos os casos e planejamento quanto a organização do serviço. Os profissionais se revezam no atendimento de primeira vez, e avaliam se a demanda do sujeito será devidamente atendida pelo CAPS, ou se há necessidade de encaminhá-lo a outro serviço para tratamento. Nem toda pessoa que possui algum tipo de comprometimento mental precisa estar no CAPS, isso depende da gravidade do quadro do paciente, suporte familiar, social etc. O tratamento se dá de várias formas, que pode ser individual ou coletivo, o usuário pode participar de oficinas, conforme a necessidade dele. Quando não há oficinas que os usuários precisam, é possível pensar e construir oficinas de acordo com as necessidades deles.

Diante disso, podemos observar que as atividades são espaços de convivência coletiva, onde muitas das vezes, os usuários conseguem falar das suas questões através do coletivo. Por isso é importante também ter assistentes sociais participando das oficinas, pois muitos usuários só conseguem colocar suas questões nesses espaços. Como na oficina de música, que tem no CAPS Neusa Santos Souza, o usuário expressa suas questões através da música que ele escolheu escutar, e a partir dessa música ele consegue falar o que está acontecendo com

ele. Sendo assim, tal espaço torna-se um importante instrumento para o assistente social, pois há a possibilidade de escuta e intervenção nesses espaços.

No CAPS Neusa Santos Souza a forma de absorver o paciente são realizadas avaliações individuais e coletivas. No caso dos usuários muito graves, que na avaliação identifica que ele precisa de um atendimento mais intensivo, em média, duas vezes na semana por exemplo, se entende que é um usuário para ser acompanhado no CAPS. Pode se tratar de uma situação temporária, o usuário que num momento é acompanhado no CAPS, pode em algum outro momento receber alta. Ele pode não ser um usuário do CAPS para sempre, isso vai de acordo com a avaliação do quadro do paciente.

Muitos usuários têm dificuldade de circulação no território, e tem dificuldade de chegar no serviço, então é necessário a realização de visita domiciliar para esse usuário, para garantia de um atendimento e acompanhamento em saúde mental. Há também casos em que a relação do usuário com os familiares é muito difícil, para muitos a convivência com um portador de transtorno mental pode ser muito difícil. Então a visita domiciliar é uma forma do serviço estar mais próximo das famílias e estas também compreendendo melhor a realidade e a rotina daquele usuário.

A ferramenta da visita pode proporcionar ao profissional uma intervenção melhor junto ao usuário. Há casos, em que os usuários podem desestabilizar de maneiras distintas, agir com comportamentos diferenciados, em diferentes espaços. Por isso, é importante avaliar. Em alguns casos se ocorrem mudanças, por exemplo, quando estão no serviço como CAPS, em casa, é importante, poder conhecer o usuário nesses outros espaços que não seja só espaços de tratamento e casa, mas também em espaço de cultura, lazer, espaço de socialização, espaços de convivência. É importante saber como manejar o usuário em situações de crise e saber como conduzir, como atender melhor o usuário e seu familiar, pois a visita domiciliar também é uma forma de estabelecer vínculos para fazer um trabalho mais próximos a essas famílias, para a família também se sentir acolhida e segura, sabendo que tem um profissional que pode estar fazendo esse acolhimento também em casa.

No CAPS é importante a visita domiciliar ser direcionada como instrumento clínico, pois há casos em que não cabe visita domiciliar, pois pode haver algum usuário que se sente muito invadido e muito perseguido pela equipe, em algum momento aquela visita possa não ser importante para o usuário e não será produtivo. É importante sempre avaliar clinicamente

a necessidade da visita domiciliar, pois nem todos usuários de CAPS precisam de visita domiciliar, pois isso é importante analisar clinicamente de acordo com o caso de cada usuário.

O CAPS tem toda uma proposta de trabalho no território, pela circulação, por isso tratamos de visita domiciliar, mas essa visita pode acontecer em diferentes espaços, não só em casa. Pode ser realizada no trabalho, pode ser em um espaço que o usuário costuma frequentar, pois falamos como um atendimento no território, e não se restringe ao espaço só da casa.

O CAPS Neusa Santos Souza, como citamos anteriormente, trabalha na linha da redução de danos de uma forma que o sujeito tem que ser protagonista e assim não temos a direção como sujeito de direito, desfocando a droga da ação e também reduzindo danos dos usuários institucionalizado na construção de sua autonomia. Funciona como um conjunto de estratégias para pessoas que não conseguem e não querem parar, pois muita das vezes o sujeito busca na droga um prazer, pois o desejo sempre esta ao lado do sofrimento. pois é sempre importante o usuário saber o que ele quer não o profissional, pois para falar as demandas dele e o sofrimento tem que ser construído junto com o usuário no trabalho de redução de danos de uma forma que o usuário consiga acompanhar de uma forma que ele consiga, pois através da abstinência não funciona.

2.2. A experiência de estágio: impasses e desafios para a desinstitucionalização

O CAPS funciona com uma equipe multidisciplinar e a assistente social, como as demais categorias, trabalha contribuindo com seu respectivo saber para o trabalho em equipe. Nesse sentido, o serviço social trabalha para convocar a análise de entender o sujeito como um todo, na sua integralidade, partindo da análise singular, de caso, para o plural, questões estruturais e manifestações da questão social, trazendo a necessidade do trabalho intersetorial e interdisciplinar.

Se levarmos em consideração que as informações acerca da área da saúde estabelecem, de maneira preponderante, a hierarquia dos saberes, temos um vínculo estreito entre informação e hierarquia; mas o igualitarismo,[...] não é capaz de produzir a comunicação entre profissionais, pois desconsidera um importante fator: a especificidade de cada conhecimento. Assim, a comunicação é, ao mesmo tempo, a solução contra a recepção acrítica das informações da racionalidade global e o fator que possibilita a formação de equipe interdisciplinar, que se estabelece por duplo caráter híbrido: hierarquia/ igualitarismo; espaço-forma/ espaço-ação.”(Cézar, Michelle de Almeida 2018 pagina.131 (<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Rnd4H9LjdgRR9WqxbDWF5q/?lang=pt>))

E assim, baseada na necessidade de estar dialogando com os outros serviços da rede e também a preocupação com a análise crítica da sociedade. São essas as suas contribuições para além da área de saúde mental, além de ter como preocupação o acesso aos direitos por parte dos cidadãos.

A sociedade brasileira é marcada, historicamente, pela lógica de exclusão, principalmente quando falamos sobre a maneira como lidamos com pessoas que apresentam algum transtorno mental ou comportamento diferente do comum aceito pela sociedade em geral. Os manicômios são instituições que até hoje atuam na internação de pessoas com esses perfis e podemos considerá-los como verdadeiros “depósitos de gente”. No entanto, a partir da década de 80 com movimento de Reforma Psiquiátrica, começou o processo de desinstitucionalização na área da saúde mental, com o fechamento desses lugares e o trabalho mais humanizado para com pessoas com transtornos mentais com base nos respectivos territórios, marcando assim a atuação do CAPS.

Atualmente, o trabalho de desinstitucionalização e a atuação dos manicômios se fazem presentes, uma vez que a cultura de internação junto a falta de ampliação de serviços públicos de acompanhamento de usuários na área da saúde mental e atenção básica e seus respectivos

familiares – muitas famílias chegam a abandonar os usuários internados devido a falta de suporte necessário – marcam as lacunas presentes no processo de desinstitucionalização de estabelecimentos de internação.

Os CAPS têm uma interlocução para os atendimentos de desinstitucionalização com a superintendência de saúde mental, a qual apresenta os dados das pessoas que estão internadas e institucionalizadas.

Tendo em vista que os CAPS funcionam como um trabalho territorializado, nesse sentido, o CAPS Neusa Santos Souza foi inaugurado com a demanda de desinstitucionalizar os usuários que seriam acompanhados por eles no território que compreende parte da AP 5.1. Isso porque existe um monitoramento desses usuários pela Superintendência de saúde mental, a qual informa para cada CAPS os usuários devem ser acompanhados conforme o território.

Durante a realização do estágio supervisionado no CAPS acompanhei um usuário de internação de longa permanência no trabalho de desinstitucionalização. Num primeiro momento esse usuário não falava de uma forma que conseguíssemos entender, de forma clara. Pois a instituição ao longo prazo faz com que o usuário internado, não tenha escolhas, desejos de algo, pois no hospício tudo tem hora, e uma forma padronizada para todos, o sujeito não tem escolhas nem da hora de tomar banho, e assim ao decorrer dos anos de internação esse sujeito fica silenciado, e acaba regredindo em algumas funções simples do ser humano como a fala oque não pode acontecer. Os usuários ficam tanto tempo sem o direito de falar que acabam não conseguindo mais formar frases completas.

No caso do usuário que eu acompanhei aconteceu esse regresso, e em certos momentos ele não "evoluiu", pois ele foi internado ainda criança e estava internado até a vida adulta. Esse usuário tinha um benefício que era o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e era curatelado, mas a família não o visitava, a sua única visita era de um primo, eram visitas bem espaçadas, podiam demorar até mais de um mês para acontecer. No primeiro momento tentamos contato com essa família para entender a história do usuário e essa "reunião" foi muito complicada de acontecer, pois os mesmos, a princípio estavam bem resistentes a aproximação com a equipe do CAPS.

Essa família tinha muitas dificuldades, como não ter condições financeiras para executar até a visita ao usuário, pois era uma família de desempregados que estava conseguindo sobreviver com o benefício do paciente internado. Diante disso, orientamos os familiares que o benefício era do usuário e não poderia acontecer isso, e a curadora estava em uma situação de saúde precária e por conta disso ela teria até o direito do BPC só não conseguiria o benefício, pois ela recebia o benefício no nome do usuário curatelado.

No decorrer dos atendimentos com a família, conseguimos que a curatela do usuário passasse para o outro membro familiar para que essa curadora consiga ter o direito do seu próprio benefício e consiga viver com o mínimo dos seus direitos. Enfim, a curatela foi passada para um primo que conseguia visitar esse usuário e repassar o valor do benefício para que o mesmo pudesse ir aos atendimentos no CAPS. Ele começou a fazer a oficina de música, e isso fez com que esse usuário se sentisse melhor e até conseguia falar melhor dentro da oficina, pois, através das músicas que escolhia, conseguia falar de suas questões, apesar das dificuldades, e cantava as músicas que escolhia muito bem.

Uma coisa muito importante no processo de desinstitucionalização com esse usuário, foi o processo de descobrimento através da oficina de música que ele teve indicação de participação. Lá, ele conseguia dizer a música que ele queria escutar, que sempre eram as músicas do Roberto Carlos. Embora ele não conseguisse falar, era interessante que dentro da oficina ele conseguia expressar o que ele estava sentindo naquele momento e até cantar a música do Roberto Carlos, sendo que fora da oficina ele não falava. Com a oficina a gente conseguiu entender que esse usuário ao escutar Roberto Carlos e cantar ele tinha desejos e vontades, o que no Hospital Psiquiátrico ele não tinha.

Nos atendimentos com esse usuário no coletivo, estava sempre orientando o usuário que ele tinha direito de escolher o que eles gostaria de comer ou beber, e descobrimos o que ele mais gostava era beber refrigerante Coca-Cola. Para além das oficinas, o benefício possibilitou que saídas pelo território fossem feitas com o paciente, a partir dos lugares que ele dizia que gostaria de ir, geralmente shopping e praia. A partir desse trabalho no território, o usuário foi se constituindo como sujeito portador de direitos e desejos e o processo de desinstitucionalização foi se construindo e tornando possível a partir do mesmo.

O desafio que tínhamos nesse caso era muito relacionado a família que no primeiro momento estava receosa, não concordava que esse usuário pudesse sair do manicômio. Havia por parte dele uma romantização do local, acreditavam que era um local muito bom, com espaço grande para que o usuário conseguisse ficar à vontade. Entendemos que a família não aceitaria esse usuário em sua casa, pois não tinham condições de “tomar conta”, mesmo a gente conversando e falando quando ele fosse para casa de seus familiares ele receberia mais um valor referente ao benefício da “Bolsa de incentivo a desospitalização”, conhecido como “Bolsa Rio”⁵, que ele iria conseguir se manter, mas entendemos que a família não tinha condições e desejo em recebê-lo. Isso evidencia que não se trata apenas em fornecer condições financeiras para esse paciente estar com a família, precisa de suporte para esses familiares, além de afeto entre os mesmos, trabalho nada fácil, quando pensamos em anos de internação.

O trabalho de desinstitucionalização desse usuário foi bem difícil, para ele chegar na RT mesmo ele já tendo o benefício, foram longos encontros com os familiares, atendimentos difíceis de serem marcados, foi um processo muito complicado. Além disso, tinha o impasse do usuário conseguir chegar no CAPS, pois nas primeiras idas, precisava de um carro que o levasse para o CAPS Neusa Santos Souza, esse carro era disponibilizado pelo hospício e foi uma época que as verbas estavam muito escassas e com as trocas de Organizações Sociais da Saúde (OSS), também atrapalhou um pouco o processo pois em momento determinado não havia mais carro disponível, pois não haviam motoristas contratados para transportar os usuários.

Por fim, conseguimos que esse usuário entendesse um pouco dos seus direitos, que ele poderia ter uma casa, compartilhada com outros usuários também em processo de desinstitucionalização. Com isso ele ficou animado, desejando ir para a sua nova casa. Acompanhamos o usuário na visita a essa casa, que é uma Residência Terapêutica, para ele

⁵ A Bolsa Municipal de Incentivo à Desospitalização tem como objetivo conceder benefício financeiro para pacientes com histórico de internação por um período igual ou maior que três anos até a data da promulgação da Lei (no período de 17/05/1999 a 17/05/2002), em Hospitais Psiquiátricos do SUS ou conveniados ao SUS que recebam alta hospitalar e sejam inseridos na família de origem, em família acolhedora, Moradia Assistida ou em Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Para fazer jus a Bolsa o usuário deverá estar inserido em tratamento extra-hospitalar regular em uma das Unidades de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde. Fonte: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/198912256/dom-rj-normal-12-07-2018-pg-10>

ver se iria gostar. Ele passou o dia na casa, tomou café com outros usuários que estavam tendo esse trabalho e ficou todo contente querendo mudar- se logo.

Voltamos a falar como esse usuário que chegou até o CAPS Neusa Santos Souza para esse trabalho de desinstitucionalização. Além de todo trabalho que foi feito, ele não se esgotou quando ele já estava em casa. Conversamos sobre a casa também ser dividida com dois outros moradores, sobre lá ele ser um espaço que ele poderia fazer escolhas e demonstrar vontades próprias, dentro de um espaço coletivo.

Esse usuário foi destinado ao atendimento no CAPS Neusa Santos Souza pela superintendência de saúde mental, pois o atendimento dos usuários é distribuído por territórios. O usuário precisa ter uma história com território ou até familiares que moram pelo território, pois é necessário ter algum vínculo ou relação com o território.

Conforme tenho falado sobre essa articulação com o território e a superintendência de saúde mental, também tem a Residência Terapêutica que é uma casa financiada pela prefeitura, para haver esse trabalho de desinstitucionalização e são organizadas a partir dos seguintes níveis: baixa, média e alta complexidade. O nível da RT irá determinar a quantidade de moradores na casa e profissionais que irão compor a equipe, isso, de acordo com o quadro dos moradores. A equipe de RT também conta com uma coordenação e acompanhante terapêutico (AT), profissional de nível superior que auxilia nas questões administrativas e organizacionais da casa. A equipe da casa pode contar com enfermeiro, cuidador e técnico de enfermagem, dependendo do grau de autonomia do morador.

Cada módulo residencial deverá contar com cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem. Para cada grupo de 10 (dez) moradores orienta-se que a RT seja composta por 5 (cinco) cuidadores em regime de escala e 1 (um) profissional técnico de enfermagem diário. Esta equipe deve estar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência. (BRASIL, 2011)

Para os pacientes institucionalizados, que não é possível, num primeiro momento, retornar para sua família, devido aos laços frágeis, falta de afeto ou até mesmo condições financeiras e sociais, as equipes trabalham para preencher as vagas nas RTs, para que os usuários possam finalmente receber alta do manicômio. Por isso, a articulação entre CAPS e equipe de seguimento da RT, é estritamente necessária para construção do trabalho de desinstitucionalização.

A função destas casas em articulação com o CAPS's é fazer com que esses usuários que são institucionalizados, tenham sua autonomia, na medida do possível, recuperada, assim com a sua construção como sujeito portador de direitos e desejos. Com eles, atividades que para alguns possam parecer simples, como tomar banho, fazer as refeições, escolher sua própria roupa, comprar suas coisas, precisam ser trabalhadas no dia a dia.

As vagas na RT são preenchidas a partir de uma articulação da superintendência de saúde mental com os CAPS. Avaliam e organizam para que o usuário mais "preparado" para sair do hospital para uma casa, tenham tudo previamente encaminhado, inclusive a questão financeira, um benefício para o usuário consiga manter-se, como o BPC, em alguns caso também pode ser uma pensão que o usuário tenha direito ou até mesmo a aposentadoria. A cidade do Rio também conta com bolsas de incentivo a desospitalização, como mencionada acima, Bolsa Rio e também o Programa de Volta para Casa (PVC). Após o usuário sair do manicômio e ir para uma RT a desinstitucionalização com aquele usuário tem um recomeço e precisa de sempre está acompanhando o usuário junto a RT que o usuário se encontra.

Como no caso de um usuário que acompanhei no CAPS, que quando passou a viver na RT, foi possível que ele tivesse mais próximo da família que passou a visitá-lo com uma certa frequência e percebeu que esse usuário conseguia viver na sociedade e em uma casa como todo mundo, mesmo tendo algumas limitações. A visita de familiares para alguns usuários é fundamental, como nesse caso relatado, pois era uma coisa que ele sempre solicitava.

Falando das parcerias que se constroem com os trabalhadores da RT que são fundamentais. Sem essa articulação torna-se muito mais difícil acompanhar os usuários, pois os trabalhadores da RT que passam a maior parte do dia com esses usuários e é importante ter o retorno deles sobre a rotina, de como esse usuário passou a noite ou até mesmo o dia para conseguirmos acompanhar melhor o desenvolvimento do usuário.

O CAPS's podem realizar matriciamento das clínicas da família do território onde atende, sobretudo as que têm RT em seu território, pois é importante a comunidade como um todo saber que há esse dispositivo no território. O matriciamento funciona de acordo com a demanda da clínica da família, em muitos casos por conta de algum usuário que está sendo acompanhado na clínica e no CAPS e conta também com o suporte da equipe do Núcleo da Ampliado de Saúde da Família (NASF). Há muitos casos, em que o usuário é apenas

acompanhado pela clínica da família que conta com o suporte do NASF e não precisa ser encaminhado a outro serviço, como o CAPS, por exemplo.

Um dos impasses e desafios na desinstitucionalização é em relação aos usuários que ainda estão na internação de longa permanência nos hospícios. Há várias fragilidades na rede de acompanhamento de usuários nessa situação. Algumas delas são as contratações e as condições de trabalho dos profissionais da área e também os recursos destinados para a área. Uma questão básica aqui é o orçamento: para a rede ter condições de ofertar os serviços de Residência Terapêutica (RT) como uma saída em prol da desinstitucionalização dos usuários é necessário verba para a abertura de novas RT, estas que condizem com a demanda apresentada. É nesse sentido, que há um impasse nesse processo. Paralelo a isso, é necessário investimento nos CAPS, em outros serviços de saúde e serviços assistenciais existentes e na criação de outros dispositivos, que possam suprir a demanda dessa clientela desinstitucionalizada.

Falamos sempre dos impasses e do retrocesso que vem ocorrendo em relação à política pública, pois não tem como fazer desinstitucionalização sem política pública, sem todo trabalho de construção de uma nova sociedade em que haja igualdade social, em que as diferenças sejam socialmente aceitas e respeitadas. E na sociedade democrática só se dá via política pública e diante do desgoverno que desconsidera essa dimensão e assim não investe no social, isso se torna um desafio.

Para além da construção de sociedade tem a questão de recursos, pois para fazer desinstitucionalização precisa ter um equipamento fora extra hospitalar, que são os CAPS, RT, Equipes para trabalhar nesse processo como falei acima, pois não se trata apenas de tirar o usuário do hospital mas também inseri-lo na vida. Diante disso, é preciso uma equipe técnica, investimentos, que estão cada vez menores, para essa área que faz parte do SUS. Sem investimento não tem concursos, não tem contratação, não tem trabalhadores para atuar. A nova forma de contratação, como por OSS, os vínculos são precários e frágeis e por vezes respeitam a necessidade de vínculo necessário na saúde mental, principalmente no processo de desinstitucionalização em que o vínculo é importantíssimo.

Em relação aos recursos de bolsas, estas são limitadas, como é o caso da Bolsa Rio: ela abrange apenas os usuários do Rio de Janeiro, dando o valor de dois salários mínimos quando eles voltam para a casa e um salário mínimo quando o usuário está na RT. Essa modalidade de bolsa não é uma política pública em nível nacional e, por conta disso, a qualquer momento pode acabar. Já o DE VOLTA PARA CASA⁶ é uma política à nível nacional, mas não chega a ser no valor de um salário mínimo. Em um cenário de recursos cada vez mais escassos, o acesso a benefícios como o BPC está cada vez mais difícil de ser conquistado e com isso dificulta o processo de desinstitucionalização.

Cada vez mais se trabalha para uma construção de uma sociedade democrática e para uma construção de uma sociedade com cuidado social, onde as diferenças possam ser respeitadas, pois no trabalho como assistente social esse é o desafio. Ainda falta informação na mídia sobre o que é um CAPS e ainda existe uma visão de que a pessoa que tem algum tipo de transtorno mental tem que ficar internado. A desconstrução disso é um dos maiores desafios que temos, pois é a partir dessa desconstrução que as políticas públicas voltadas para esses fins podem ser construídas.

Sendo assim, cabe ao assistente social, inserido em equipe multidisciplinar de saúde mental, compartilhar e trocar com a equipe essa leitura crítica da sociedade e análise das manifestações da questão social, na busca de uma saída coletiva para construção de uma sociedade democrática, onde, todos os sujeitos sejam livres, entendendo que o acesso a saúde passa pelo processo de construção de cidadania, em conformidade com o nosso código de ética profissional, que tem a liberdade como princípio inegociável para construção de uma sociedade com equidade social. Tal contribuição é importante para não individualizar a questão social no sujeito, entendendo que o trabalho com o mesmo é perpassado pela sociedade e precisa de uma intervenção interdisciplinar para que se tenha sucesso no seu

⁶ O Programa de Volta para Casa foi instituído pelo Presidente Lula, por meio da assinatura da Lei Federal 10.708 de 31 de julho de 2003 e dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas.

O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

Fonte: <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/programa.html>

processo de emancipação. Pois a música “comida” do Titãs colocado abaixo, representa toda essa ação na saúde mental e na vida como ela é, pois vivemos em uma sociedade capitalista.

A gente não quer só comida

A gente quer comida

Diversão e arte

A gente não quer só comida

A gente quer saída

Para qualquer parte...

A gente não quer só comida

A gente quer bebida

Diversão, balé

A gente não quer só comida

A gente quer a vida

Como a vida quer...

Bebida é água!

Comida é pasto!

Você tem sede de que?

Você tem fome de quê?...⁷

⁷ Música: Comida, Titãs Compositores: Sérgio Affonso / Marcelo Fromer / Arnaldo Filho

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que é considerado normal, criado pela sociedade ocidental, é regulador e, ao mesmo tempo, não é a única forma de se viver. Existem outras concepções, nas diversas sociedades contemporâneas é até mesmo as mais antigas, sobre o que é normalidade e sobre o que significa ser dentro do que nós, numa sociedade ocidentalizada, consideramos loucura. A normalização pregada para nós tem um teor, que é de raça, classe e gênero, baseada no homem branco cisgênero hétero rico como ideal de normal. O Serviço Social e a Reforma sanitaria/Reforma psiquiátrica, andam juntos quando falamos de princípios, pois prezam pela autonomia e liberdade dos usuários, entre outros fatores que envolvem o entendimento do que se trata a preocupação integral na área de Saúde Mental. Tanto a revolução Sanitarista quando o Serviço social começaram a defender o direito das pessoas que são categorizadas pelo viés da loucura, e, nesse sentido, existe hoje um processo em relação à forma adequada para o tratamento dessas pessoas. Essa forma de tratamento é fruto de um processo histórico que aconteceu e acontece com a luta antimanicomial.

Os processos de desinstitucionalização acontecem e tem que lidar com um histórico que é estrutural que está relacionado ao social e cultural, o que é normal e o processo de normalização das pessoas e das coisas, e com isso tudo teria um padrão a se seguir e tudo que foge da norma estranho para a sociedade cheia de regras e padrões. O que a sociedade trata como normal e extremamente regulador, marcado socialmente, racialmente, e se tem gênero, pois vivemos em uma sociedade patriarcal.

É preciso rever a concepção de loucura, pois o que estamos “chamando de normal” não está muito certo, que não seria loucura. Com a reforma psiquiátrica em conjunto com a luta antimanicomial que surgiu somada com a luta sanitaria nos anos 1970 que influenciou na criação da lei 10.216/2001 que ficou conhecida como lei da reforma psiquiátrica. O surgimento do processo de desinstitucionalização tem a ver com um processo histórico, com uma construção tanto do estrutural como do social e cultural que venho falando.

O processo de desinstitucionalização é esse lugar que conseguimos fazer com que as pessoas tenham a liberdade de viver as suas vidas, e viver a vida conforme ela concebem, e esse processo demonstra que temos muito o que aprender com essas pessoas que são

classificadas como loucas. Com isso, o fim da desinstitucionalização é promover a liberdade, mas também possibilitar outras formas de ver o mundo.

A desinstitucionalização em curso tem muitos desafios. Durante o estágio pude perceber de maneira bastante concreta, um lugar que busca promover a liberdade dessas pessoas, em que também é possível viver processos de troca em que é possível aprender muito com essas pessoas que estão sendo caracterizadas como loucas.

Precisamos investigar de que forma essas pessoas contribuem para o mundo que nós estamos vivendo, o que essa loucura tem a ensinar ao considerado normal?

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011, Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

BRASIL. Lei Federal 10.216/2001, institui a política de saúde mental e dá outras providências

CÉZAR, M.A; MELO, W. Centro de Atenção Psicossocial e território: espaço humano, comunicação e interdisciplinaridade. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. 2018, v. 25, n. 1, pp. 127-142. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000100008>>. ISSN 1678-4758. Acessado 16 Nov. 2021

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética Profissional do Assistente Social**. Brasília, 1993.

FARIAS, J.S. **Saúde Mental, Drogas e Comunidades Terapêuticas**: uma análise sobre a Baixada Fluminense. Orientador: Prof. Dr. Jorge Luiz de Góes Pereira. 2020. 102 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) - Serviço Social, UFRRJ, Seropédica, 2020. Disponível em: <https://cursos.ufrj.br/grad/servicosocial/files/2021/01/TCC-JESSICA-FARIAS.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2021.

FIOCRUZ, Fundação Calouste Gulbenkian. Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. In: Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final. Fiocruz. Fundação Calouste Gulbenkian. Organização Mundial de Saúde.

HOLOCAUSTO Brasileiro. Direção: Armando Mendz e Daniela Arbex. Brasil, 2016 (90min)

Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

<https://www.nuppsam.org/wp-content/uploads/2021/05/DESINSTITUCIONALIZACAO-E-ATENCAO-COMUNITARIA-FIOCRUZ-GULBENKIAN.pdf>

MILIAUSKAS, C.R et al. Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 5, pp. 1935-1944. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.18862017>>. Epub 30 Maio 2019. Acessado 16 Nov. 2021

NISE: O coração da Loucura. Direção de Roberto Berliner. Brasil, 2016. (109 min.)

PASSOS, R. G. Luta Antimanicomial no Cenário Contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora. *Sociedade em Debate*, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 55 - 75, 2017. Disponível em: < <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/1678>>. Acesso em: 16 nov. 2021.

PASSOS, R.G. “ Holocausto ou Navio Negreiro?: inquietações para a reforma psiquiátrica brasileira. **Argumentum** , v.10, n.3, p. 10-23, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483>>

PEREIRA, S.L.B. A política de saúde mental brasileira em tempos neoliberais: projetos em disputa. **Sociedade em Debate** , [S.I], v. 26, n.1, p. 72-87, 2020. Disponível em: <<https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2249>>. Acesso em: 15 nov. 2021.

PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/programa.html>

RIO DE JANEIRO.RESOLUÇÃO SMS Nº 3755 DE 10 DE JULHO DE 2018. Procedimento Operacional Padrão de Desinstitucionalização (POP DESINS). Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, 12 de jul. de 2018. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/198912256/dom-rj-normal-12-07-2018-pg-10>

SAÚDE Mental em dados. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/saude-mental-em-dados-acesse-as-edicoes-eletronicas-de-2006-a-2015/>