

## DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PRÁTICAS E PERSPECTIVAS NO ESTADO DE GOIÁS

**Deinstitutionalization in the Psychosocial Care Network: practices and perspectives in  
the state of Goiás-Brazil**

**Desinstitucionalización en la red de atención psicosocial: prácticas y perspectivas en  
el estado de Goiás-Brazil**

Barbara Coelho Vaz  
Enrique Araújo Bessoni  
*Fiocruz/Brasília*

Fernanda da Costa Nunes  
Nathália dos Santos Silva  
*Universidade Federal de Goiás - UFG*

### Resumo

Trata-se de um relato de experiência circunscrito em uma revisão conceitual sobre desinstitucionalização bem como descrever os processos dessa natureza já realizados em Goiás. A experiência conjunta dos autores na prática do apoio institucional aos municípios favoreceu a realização e acompanhamento dos processos. A atenção ofertada na Rede de Atenção Psicosocial (RAPS) tem papel fundante no protagonismo e exercício dos direitos de seus usuários. Logo, os Centros de Atenção Psicosocial são fundamentais e devem considerar os recursos do seu território ademais a singularidade de cada pessoa: rotina diária, autocuidado, habilidades de convívio, relações e afetos. Os Serviços Residenciais Terapêuticos se colocaram como estratégias basilares tanto para o cuidado quanto para inserção social. Visando minimizar as desvantagens frente aos processos de institucionalização as experiências em Goiás apresentaram potentes possibilidades. As práticas de desinstitucionalização transversais na RAPS trouxeram inovações e qualidade ao cuidado.

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

### Abstract

This is a report of experience circumscribed in a conceptual review about desinstitutionalization as well as describing the processes of this nature already performed in Goiás. The joint experience of the authors in the practice of institutional support to municipalities, favored the realization and monitoring of the processes. The attention offered in the Psychosocial Care Network (RAPS) has a founding role in the protagonism and exercise of the rights of its users. Therefore, the Psychosocial Care center are central and should consider the resources of their territory in addition to the singularity of each person: daily routine, self-care, socializing skills, relationships and affections. Therapeutic residential services have been placed as a basic strategy for care and social inclusion. In order to minimize the disadvantages facing the institutionalization processes, the experiences in Goiás presented potent possibilities. The practices of transversal deinstitutionalization in RAPS brought innovations and quality to care.

**Key Words:** Deinstitutionalization; Mental Health; Mental Health Services.

### Resumen

Se trata de un informe de experiencia circunscrito a una revisión conceptual de la desinstitucionalización, así como de la descripción de los procesos de esta naturaleza ya realizados en Goiás. La experiencia conjunta de los autores en la práctica del apoyo institucional a los municipios favoreció la realización y seguimiento de los procesos. La atención ofrecida en la Red de Atención Psicosocial (RAPS) tiene un papel fundacional en el protagonismo y ejercicio de los derechos de sus usuarios. Por lo tanto, el centro de atención psicosocial es fundamental y debe considerar los recursos de su territorio, además de la singularidad de cada persona: la rutina diaria, el cuidado personal, la socialización de las habilidades, las relaciones y los afectos. Los servicios residenciales terapéuticos se han colocado como estrategia básica para la atención y la inclusión social. Con el fin de minimizar las desventajas que afrontan los procesos de institucionalización, las experiencias en Goiás presentaron potentes posibilidades. Las prácticas de desinstitucionalización transversal en RAPS trajeron innovaciones y calidad a la atención.

**Palabras Claves:** Desinstitucionalización; Salud Mental; Servicios de Salud Mental.

### INTRODUÇÃO

A ineficiência e negligência do modelo manicomial em saúde mental, pautado no encarceramento decorrente de internações prolongadas e no grave desrespeito aos direitos humanos, provocou dependências institucionais e perda de habilidades cotidianas dos então cuidados nestes hospitais; isto demandou a realização de processos de desinstitucionalização. No Brasil, desde 1970, o movimento da Reforma Psiquiátrica propõe o cuidado comunitário pautado na Atenção Psicossocial (Amarante & Nunes, 2018).

A atenção psicossocial parte da concepção de que o processo saúde-doença mental é resultante de um conjunto complexo e indissociável de determinações e condicionamentos biológicos, psicológicos e sociais, que requer uma ação terapêutica interprofissional, integral, focada no exercício da cidadania e no cuidado territorializado. Coloca-se, então, como proposta paradigmática do processo da Reforma Psiquiátrica, uma importante ruptura com o modo de olhar e compreender a experiência humana (Amarante & Nunes, 2018).

Assim, torna-se eixo central dos processos de desinstitucionalização a atenção psicossocial, inserção social e reabilitação psicossocial das pessoas em situação de internação prolongada, de tal modo que os processos sejam focados não na cura e sim na emancipação, na sua relação com o corpo social. (Rotelli, 2001; Venturini, 2016)

Vale destacar que a definição conceitual, os componentes-chaves da desinstitucionalização, e o processo de implementação desta em diversos e distintos países, ainda são temas em debate (Salisbury, Killaspy, & King, 2016). Assim, frequentemente seu

conceito é reduzido, de modo equivocado, ao movimento de desospitalização dos moradores de hospitais psiquiátricos (WHO, 2014; Martinhago & Oliveira, 2015).

Para a construção deste relato de experiência adota-se a compreensão de que o fenômeno da desinstitucionalização envolve tanto as pessoas que ainda residem em instituições manicomiais, quanto as pessoas já inseridas na comunidade e, ainda, as práticas cotidianas de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Desinstitucionalizar significa “ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente que ao mesmo tempo transforme sua vida concreta cotidiana” (Basaglia, 1985, p. 94).

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental – PNSM orientam que ações de cuidado em desinstitucionalização implicam necessariamente na construção de processos de reabilitação psicossocial, contratualidade e fortalecimento do protagonismo (Brasil, 2005).

Compreende-se que a reabilitação psicossocial, na prática, consiste em ações que garantem uma tríade de atuação nas áreas de moradia, rede social e trabalho, estrategicamente propostas no processo de reinserção social. Isto posto, compreende-se que a reabilitação é parte importante que materializa as práticas de cuidado em desinstitucionalização (Saraceno, 2011; Sade, 2014).

Frente ao exposto, o objetivo desse artigo é apontar práticas possíveis para a desinstitucionalização em cada ponto de atenção da RAPS e descrever alguns dos processos ocorrido no Estado de Goiás entre 2012 e 2018.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

Trata-se de um relato da experiência sobre o processo de desinstitucionalização de moradores em instituições manicomiais no Estado de Goiás, situado no Centro-Oeste brasileiro, entre os anos de 2012 e 2018. Feito por técnicos da Gerência de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - GSM/SES-GO, em parceria com os técnicos da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde.

Os dados relacionados aos municípios e instituições apresentados neste trabalho estão disponíveis para consulta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, Sala de Apoio à Gestão - SAGE, portarias ministeriais e relatórios de apoio institucional elaborados pela equipe da GSM/SPAIS/SES-GO. Logo, os dados apresentam certa consolidação de atos normativos, e os relacionados à experiência dos autores foram discutidos com base na literatura disponível sobre o tema.

Os processos de desinstitucionalização no estado foram suscitados por diferentes razões, consideramos apenas quatro elementos facilitadores e a combinação entre eles.

O primeiro refere-se à realização da avaliação ocorrida entre 2012 e 2015, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria, um

programa do Ministério da Saúde que visa garantir a qualidade mínima necessária e estabelecer diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria (Brasil, 2002),

O outro, relaciona-se projeto "Percurso Formativos na RAPS", no qual o Ministério da Saúde apoiou financeiramente estados e municípios na execução de projetos de educação permanente para a troca de experiência entre profissionais e supervisão clínico institucional (Scafuto, 2017); Goiás teve quatro municípios contemplados com o projeto desenvolvidos entre 2013 e 2016, sendo dois deles com projetos de desinstitucionalização desenvolvidos. (Brasil, 2016).

O terceiro elemento foi o processo de constituição, elaboração e pactuação do Plano de Ação da RAPS do Estado ao intensificar a expansão e arranjos de rede nesses municípios, ocorrido nos anos de 2012 a 2016. Por fim, também foram relatadas experiências relacionadas às iniciativas dos gestores locais com apoio dos profissionais dos municípios de pequeno porte.

O Quadro 01 descreve os municípios com seu porte populacional e os elementos centrais do desencadear dos processos de desinstitucionalização citados no relato de experiência.

Quadro 1 - Relação dos municípios incluídos no relato de experiência e elemento desencadeador do processo desinstitucionalização.

Nome do município	Porte Populacional	Elemento facilitador do processo desinstitucionalização
Goiânia	1.495.705 habitantes*IBGE/ 2018 Grande porte	PNASH/Psiquiatria Plano de ação da RAPS
Anápolis	381.970 habitantes*IBGE/ 2018 Médio porte	PNASH/Psiquiatria Plano de ação da RAPS
Rio Verde	229.651 habitantes*IBGE/ 2018 Médio porte	PNASH/Psiquiatria Percurso Formativo Plano de ação da RAPS
Jataí	99.674 habitantes*IBGE/ 2018 Médio porte	PNASH/Psiquiatria Plano de ação da RAPS
Morrinhos	45.716 habitantes*IBGE/ 2018 Pequeno porte	Percurso Formativo Plano de ação da RAPS
Silvânia	20.573 habitantes*IBGE/ 2018 Pequeno porte	Iniciativa do Município Percurso Formativo
Palmelo	2.380 habitantes*IBGE/ 2018 Pequeno porte	Iniciativa do Município

Realizadas devidas considerações, os profissionais do Ministério da Saúde e da GSM/SES-GO organizaram-se em equipes técnicas de referência para cada uma das 18 regiões de saúde de Goiás, acompanharam e orientaram as equipes de saúde nestes diferentes processos de desinstitucionalização nos municípios de Goiás. Pautaram-se de forma organizada e sistemática no apoio institucional.

Tal apoio institucional foi efetivado pela proposta de intervir na realidade ao facilitar a qualificação das ações de cuidado no território a partir da ampliação da análise da

equipe e facilitar a superação das dificuldades cotidianas, o compartilhar saberes e práticas, interesses e vínculos (Campos, Figueiredo, Pereira Júnior & Castro 2014).

Posto isso, organizaram processos de trabalho das equipes de saúde, traçaram conjuntamente planos de ação, propiciaram espaços interativos de diálogo com os técnicos e mediarão a qualificação dos processos de desinstitucionalização. Contribuíram para a comunicação entre os serviços, beneficiando os vínculos e o acompanhamento da realidade local e suas especificidades.

Nesse percurso adotaram instrumentos de gestão, como reuniões técnicas nos serviços, discussão de casos, articulação entre serviços. Promoveu-se encontros e seminários de debates para subsidiar tecnicamente. Ato de formalização e consolidação da RAPS no estado foram realizadas em Conselhos de Saúde, Comissão Estadual Bipartite - CIB e as Comissões Intergestoras Regionais - CIR, facilitação de parcerias com outros atores públicos e articulações entre os municípios.

Já trabalho com as equipes dos CAPS aconteceu sistematicamente, onde reuniões de formação ampliaram as possibilidades de atuação com fins de minimizar os efeitos desabilitantes e incapacitantes da institucionalização, tais como: a perda da autonomia e de habilidades para vida diária; os danos emocionais, cognitivos e comportamentais e a desconexão com os laços sociofamiliares e a vida comunitária (Silva et al., 2017).

Portanto, objetivou ativar as potencialidades dos profissionais envolvidos incluindo a necessidade dos CAPS assumirem o papel de articulador e responsável pelo cuidado psicossocial em seu território. Ou melhor, colocassem em prática um projeto de desinstitucionalização, de transformações e desconstrução de práticas e saberes em relação à loucura. Além da sensibilização dos gestores e comunidade quanto à lógica de cuidado comunitário não tutelar.

Após desenvolver o conjunto das ações do apoio institucional considerando os efeitos e manejos necessários frente a influência na implementação de intervenções sociais, políticas, clínicas e jurídicas. Observando elementos essenciais como tempo, espaço, protagonismo e subjetividade nos processos de desinstitucionalização (Venturini, 2016). Foi possível identificar práticas cotidianas de cada um dos pontos de atenção existentes na RAPS.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Práticas possíveis para a desinstitucionalização**

A Política Nacional de Saúde Mental, assegurada pela Lei Federal n. 10.216/2001 (Brasil, 2001), possibilitou ao Brasil produzir inúmeras práticas de cuidado estruturando a sua

rede de serviços comunitários apontados para a desinstitucionalização, e reduzir significativamente o quantitativo de leitos em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2016).

Resguardadas as devidas proporções, apresentaremos uma proposta para organização e práticas de cuidado orientados para desinstitucionalização em toda a RAPS. Para a discussão, destacamos o componente de desinstitucionalização com seus elementos chaves.

Os SRT são moradias inseridas na comunidade, interligadas ao CAPS de referência do território em que as práticas da vida cotidiana são valorizadas. Quanto mais adaptados estão os moradores aos hábitos da residência mais favorecida é a reabilitação psicossocial. Ressalta-se que a noção de moradia inclui as diferentes maneiras de apropriação do espaço e os modos de habitá-lo (Saraceno, 2011; Furtado & Nakamura, 2014).

O PVC é um auxílio reabilitação psicossocial, sendo o recurso financeiro a ferramenta básica desta estratégia (Brasil, 2003). A potencialidade do PVC está em promover poder de contratualidade ao usuário, permitindo atividade da vida cotidiana da ordem do desejo. O beneficiário deve ser protagonista do manejo e escolhas de gasto, de tal modo que minimize as desvantagens colocadas frente à vida cotidiana (Moreira & Onocko-Campos, 2017).

O Programa de Desinstitucionalização é uma estratégia técnica, com previsão de recursos financeiros, para assegurar a saída daqueles que ainda são moradores de hospitais psiquiátricos no Brasil. Propõe ações intra e extra hospitalares, de modo a preparar a saída do usuário da instituição, a acolhida na e pela cidade e posteriores acompanhamentos nos serviços da rede (Brasil, 2014).

Assim, ancorados na experiência e nas recomendações da PNSM, sistematizamos práticas possíveis em desinstitucionalização em todos os pontos de atenção articulados da RAPS, como mostra o Quadro 2:

Quadro 2 RAPS por componente e práticas possíveis apontadas para a desinstitucionalização.

COMPONENTE DA RAPS	PONTOS DE ATENÇÃO	PRÁTICAS APONTADAS PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO
Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atenção Domiciliar</li> <li>Unidade Básica de Saúde- UBS</li> <li>Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF</li> <li>Consultório na Rua</li> <li>Centros de Convivência e Cultura</li> </ul>	<p>Realizar intervenções de cuidado compartilhado possibilitando ações e estratégias, bem como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Matriciamento do CAPS às equipes da atenção básica visando compartilhar os casos do município.</li> <li>Inserção em grupos específicos já existentes na atenção básica.</li> <li>Atenção domiciliar para acamados.</li> <li>Elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares compartilhados entre atenção básica e CAPS.</li> <li>Atividades territorializadas com o NASF</li> </ul>
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial - CAPS modalidades: I, II, III, I, AD e AD III	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolver todos os procedimentos previstos na Portaria n. 854/2012, com destaque para os procedimentos de atenção à crise, reabilitação psicossocial, promoção da contratualidade e fortalecimento do protagonismo.</li> <li>PTS apontados em projetos de vida, elaborados e revisados de forma compartilhada, favorecendo o protagonismo dos usuários em seu plano de cuidado.</li> <li>Garantir o trabalho territorializado de base comunitária considerando todos os dispositivos existentes no território e seu lugar de ordenador do cuidado na RAPS.</li> </ul>
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> <li>SAMU</li> <li>Unidade de Pronto Atendimento - UPA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trabalho integrado entre as Equipes de saúde mental e a equipe clínica das UPAS.</li> <li>Atenção a crise 24hr e retaguarda noturna e finais de semana.</li> <li>Fortalecer e garantir de que o SAMU faça intervenções adequadas e apoie as práticas do CAPS</li> </ul>
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidades de Acolhimento	Unidades de Acolhimento com características residenciais, com princípios de resgate dos elementos centrais sobre a moradia, convívio e autocuidado.
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermaria especializada em Hospital Geral</li> <li>Serviço Hospitalar de Referência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Considerar o Leito clínico de retaguarda, compreendendo as necessidades integrais do usuário.</li> <li>Equipes de saúde mental integradas às equipes clínicas visando cuidados dos casos de forma compartilhada.</li> </ul>
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> <li>Serviço Residencial Terapêutico - SRT</li> <li>Programa de Volta para Casa - PVC</li> <li>Programa de desinstitucionalização</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SRT que vivenciam rotinas e organizações com práticas emancipadoras, considerando os desejos e escolhas dos moradores.</li> <li>Inserir os usuários no PVC e acompanhamento das atividades de reinserção social e manejo do dinheiro.</li> <li>Ofertar possibilidades de circulação nos territórios e reestabelecer o protagonismo de cada um nas suas possibilidades existenciais.</li> </ul>
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda.</li> <li>Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apoiar e inserir os usuários em cooperativas sociais de produção de mercadorias e artesanatos.</li> <li>Inclusão dos usuários em programas municipais, industriais de inclusão pelo trabalho.</li> <li>Apoiar a inserção dos usuários em cursos técnicos já oferecidos no município.</li> <li>Inserir os usuários em programas habitacionais e favorecer a resolução das questões relacionadas a moradia.</li> </ul>

Logo, o conjunto dos componentes da RAPS descritos no Quadro 2 deve ser compreendido em detalhes práticos na implantação e qualificação da RAPS. Portanto, é preciso que haja alinhamento e adaptação entre as orientações técnicas e as condições sociais, históricas, reais e concretas das práticas de cuidado no território.

Considerando Moreira & Onocko-Campos (2017) superar o modelo asilar, é preciso articular essas estratégias em consonância com a contratualidade e autonomia desenvolvidas pelas pessoas em sua existência-sofrimento. No cotidiano das práticas dos serviços, a radicalidade é o maior desafio para a superação do modelo asilar. Considerar o paciente agora como um sujeito de direitos, sobre o qual a condição de melhora está diretamente relacionada à sua retomada de gestão da vida (Bessoni, Vaz, Kossah, & Campos, 2016).

O conceito de desinstitucionalização configura-se como estratégias transversais à rede; as ações voltadas para o cuidado integral não podem se restringir a um ponto de atenção ou ações isoladas, precisam ser ampliadas para garantir a criação de novos campos de negociação e formas de sociabilidade (Sade, 2014). Posto isso, o processo de desinstitucionalização na RAPS deve construir condições efetivas para um cuidado comunitário contínuo e qualificado para todos os que necessitem de atenção, tratamento, reabilitação psicossocial e reinserção social.

Por fim, destacar que o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a implantação e ampliação das ações e serviços da RAPS devem acontecer de forma concomitantes, visando garantir o cuidado frente ao fechamento de leitos. Apenas assim é possível fazer de forma responsável, legal e ética, contrariando as análises simplistas de que um processo de desinstitucionalização causaria desassistência (Kinkher, 2017; WHO 2015; Lucena & Bezerra, 2012).

### **Experiências de desinstitucionalização em Goiás**

O Brasil é historicamente conhecido pelo fechamento de vários dos hospitais, quase sempre em função de denúncias de maus tratos e violações de direitos humanos. Geralmente, com a implicação jurídica de um ou mais entes federativos, incluindo o Ministério da Saúde. Este, por outro lado, buscou aprimorar mecanismos de vigilância, controle e monitoramento (Fiocruz & Fundação Calouste Gulbenkian, 2015).

O Estado de Goiás historicamente iniciou a desinstitucionalização a partir da sua capital, que construiu inúmeros dispositivos e ações para a transformação social de inclusão da loucura na cidade. Experiência esta como a formação de uma associação, uma lei municipal, serviços de moradia, entre outros que transformaram a realidade municipal (Arantes & Toassa, 2017).

Contudo, Goiás ainda contava com um número elevado de moradores em instituições asilares e não apresentava um plano de implementação da RAPS e de desinstitucionalização nos municípios do interior.

Diante disso, as ações do apoio institucional redesenharam esse contexto e o desenvolver de programas e projetos bem como: o PNASH, a construção do plano de ação da RAPS, adesão aos percursos formativos e a iniciativa do gestor local, como descrito anteriormente.

Na última edição do PNASH/Psiquiatria alguns hospitais não atingiram o padrão mínimo na qualidade do serviço prestado ao SUS, ocasionando a solicitação pelo Ministério da Saúde de seu descredenciamento. O Quadro 3, abaixo mostra o resultado final do PNASH/Psiquiatria 2012/2015 em Goiás (Brasil, 2016).

*Quadro 3. Resultado final do PNASH / psiquiatria 2012-2014 em Goiás*

<b>Município</b>	<b>CNES</b>	<b>leitos SUS</b>	<b>Resultado do PNASH</b>	<b>Situação atual do Hospital</b>
Anápolis	2361779	320	Não classificado. Indicado para descredenciamento Portaria Nº 1.727/2016	Ocorreu redução de 220 leitos, ainda permanece credenciado
Goiânia	25 19 186	56	Classificado	Permanece conveniado ao SUS
Goiânia	25 18 872	102	Não Classificado	Descredenciado pela Portaria No- 1.121, de 21 de Outubro de 2015
Goiânia	23 39 188	120	Não Classificado	Descredenciado pela Portaria No- 1.121, de 21 de Outubro de 2015
Goiânia	23 38 122	160	Não classificado	Descredenciado pela Portaria No- 1.121, de 21 de Outubro de 2015
Goiânia	25 17 957	131	Classificado	Permanece conveniado ao SUS
Aparecida de Goiânia	25 89 672	160	Classificado	Permanece conveniado ao SUS
Jataí	23 40 186	39	Não classificado. Indicado para descredenciamento Portaria Nº 1.727/2016	Descredenciado e fechado
Rio Verde	23 40 682	38	Não classificado	Descredenciado e fechado ainda no processo avaliativo
Rio Verde	23 40 674	45	Não classificado. Indicado para descredenciamento Portaria Nº 1.727 /2016	Descredenciado e fechado

A seguir descreveremos a rede atual dos municípios em questão, seguido por um breve relato das ações e estratégias traçadas por cada um deles, considerando o trabalho territorializado e sua especificidade loco regionais.

### ***Desinstitucionalização em municípios de grande porte***

Goiânia é a capital do estado de Goiás e possui a rede de Atenção Primária à Saúde constituída por: 830 Agentes Comunitários de Saúde - ACS, 168 equipes de Estratégias de Saúde da Família - ESF, 3 equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF, 85 Unidades Básicas de Saúde - UBS, que representam 33% de cobertura; 2 UPA e SAMU incluindo ambulâncias e motolâncias. Goiânia possui 4 CAPS ad; 4 CAPS II; 1 CAPS I, 5 SRTs totalizando 35 vagas.

Entre os anos de 2005 e 2010 foram inseridas apenas 18 pessoas no PVC e também foram construídas algumas inovações, como as duas unidades do “Gerarte – inclusão pelo trabalho e geração de renda” para os usuários da RAPS. Outra inovação foi o Centro de Convivência “Cuca fresca” como um espaço a ser valorado e de grande representatividade no cuidado territorializado. Descredenciou-se algumas clínicas do SUS, todavia ainda necessita de importantes pontos de atenção, incluindo ampliação da cobertura de atenção primária à saúde e dos CAPS, sobretudo nas modalidades III, Ad III e infanto-juvenil (Arantes & Toassa, 2017).

A capital goiana foi uma das que mais possuiu leitos com moradores nos hospitais psiquiátricos no início dos anos 90; nela concentrava-se mais da metade dos leitos psiquiátricos do estado. Embora a redução dos leitos de longa permanência seja uma realidade no município de grande porte, a necessária implantação dos CAPS III ainda não aconteceu como deveria (Brasil, 2016).

A pactuação da expansão da rede no plano e ação é ampla, contudo, dentre os 11 CAPS que constituem a RAPS de Goiânia, apenas um CAPS e um CAPS AD estão em modulação de II para III. Goiânia conta com dois hospitais gerais, dois hospitais de urgência e quatro maternidades, em nenhuma dessas unidades foram implantados leitos de saúde mental. A ausência desses leitos, bem como a pouca disponibilidade nos CAPS de espaço para hospitalidade integral, fragiliza demasiadamente o processo de desinstitucionalização do território.

Embora a capital já tenha acúmulo e experiências exitosas, considera-se suas ações em desinstitucionalização ainda em curso, principalmente na transversalidade do conceito nas práticas dos serviços da RAPS e pela a necessidade de implementação dos dispositivos pactuados no plano de ação. Ademais, a articulação e integração dos pontos de atenção ainda se apresentam frágeis.

O município de Anápolis conta com uma rede composta por 44 UBS, 57 ESF, tem cobertura de 62% de atenção básica, 400 ACS, 2 NASF I, 1 CAPS ad, 1 CAPS II, 1 CAPS infantil, 1 UPA porte III, 6 ambulâncias básicas, 2 ambulâncias avançadas e 2 motolâncias. Já

implantou uma equipe de Consultório na Rua e o hospital psiquiátrico do município ainda atua como retaguarda clínica de urgência e emergência.

Em 2016, o município possuía o maior hospital psiquiátrico de Goiás, com 320 leitos e 58 moradores. O resultado do PNASH/Psiquiatria indicou esse hospital para descredenciamento, demandando iniciar os processos de desinstitucionalização de seus moradores. Provocada por isso, a gestão municipal solicitou a implantação e modulação de todos os dispositivos pactuados no Plano de Ação da RAPS como modulação dos CAPS II para CAPS III, implantação de SRT e leitos nos hospitais Gerais. Assim, o número de leitos SUS do Hospital foi reduzido para 100. Entretanto, até dezembro de 2018, os serviços ainda não haviam sido implantados e os usuários permaneciam morando no hospital.

Este município ainda apresenta muitas barreiras a serem superadas, demandando dos gestores não só a implantação da rede pactuada no Plano de Ação, mas fortalecer a composição e articulação de rede. Os CAPS devem traçar caminhos técnicos (incluindo ações intersetoriais) para assumirem as ações necessárias de continuidade do processo de desinstitucionalização, além da necessária construção de espaços de trocas e negociações dos usuários dos CAPS.

### ***Desinstitucionalização em município de médio porte***

Em Rio Verde, o processo de desinstitucionalização é marcado pelas especificidades de um município de médio porte. O município dispõe de uma central do SAMU, um CAPS ad e um CAPS II, 9 leitos de saúde mental em um hospital geral, 65 Agentes Comunitários de Saúde, representando cobertura da atenção primária à saúde de 35%, 24 Unidades Básicas de Saúde, 9 Equipes de Saúde da Família, 1 equipe de NASF, 1 UPA. Possui 2 SRTs habilitadas e 3 em implantação, acolhendo um total de 52 pessoas; dessas, 26 estão cadastradas no PVC.

O município foi contemplado com o projeto Percursos Formativos da RAPS, aprovado para a linha de Desinstitucionalização, recebendo através dessa ação apoio financeiro para executar seu projeto de educação permanente, bem como realizar o intercâmbio de experiências e de saberes com os trabalhadores e serviços de Sorocaba/SP (Brasil, 2016).

O PNASH/Psiquiatria e a qualificação dos trabalhadores do município de Rio Verde foram importantes no processo de desinstitucionalização dos moradores dos hospitais psiquiátricos e inserção deles em residências terapêuticas que haviam sido pactuadas no Plano de Ação da RAPS (Brasil, 2016). Como resultado, os dois hospitais psiquiátricos existentes no município foram desabilitados do SUS e a RAPS foi ampliada. Um deles já foi fechado e outro encontra-se em fechamento, visto que os moradores até dezembro de 2018 ainda estão fazendo a transição para as SRT.

O município de Jataí possui cerca de 43% de cobertura de atenção básica, com 75 ACS, 21 ESF com cobertura de quase 75%, 14 UBS em funcionamento, um CAPS II, 3 SRT, um ambulatório de saúde mental, conta com um equipamento do SAMU que atende a região, uma UPA e um hospital regional com 86 leitos. O hospital psiquiátrico de Jataí foi indicado ao descredenciamento pelo PNASH/Psiquiatria e, em função disso, encerrou suas atividades. Havia apenas três moradores no hospital, sendo que com o apoio da equipe do CAPS dois deles foram acolhidos nas SRT anteriormente implantadas no município. O outro retornou ao convívio familiar. Com o fechamento do hospital, todas as demandas foram redirecionadas para a RAPS existente e iniciou-se a implantação dos leitos de saúde mental no Hospital Municipal e as equipes passaram por uma reorganização e educação continuada.

Ambos os municípios precisam apoiar os trabalhadores da RAPS para continuar acompanhando a vida cotidiana e fortalecendo o protagonismo dos usuários, promovendo a reinserção social por meio da livre circulação no território, o resgate do exercício de cidadania e desenvolvimento de habilidade de convívio social.

### ***Desinstitucionalização em municípios de pequeno porte***

Nos municípios de Palmelo, Silvânia e Morrinhos, o processo de desinstitucionalização não partiu de instituições hospitalares, mas sim de instituições com características de sanatórios asilares e Instituições de longa permanência para idosos - ILPI, que abrigavam moradores não idosos com história pregressa de institucionalização manicomial.

Morrinhos conta com 14 unidades básicas de saúde, 93 Agentes Comunitários de Saúde, uma equipe de NASF, 11 equipes de ESF, retaguarda do SAMU, 1 CAPS I, 1 CAPS Ad, uma SRT recentemente implantada e leitos de saúde mental no Hospital Municipal de Morrinhos. Participaram do projeto Percursos Formativos na linha de desinstitucionalização tendo como polo o município paulista de São Bernardo do Campo, realizando eventos de formação junto aos trabalhadores da RAPS nos últimos cinco anos.

Silvânia possui 8 equipes de ESF, 48 ACS, uma equipe de NASF, 7 UBS, 1 CAPS I e conta com retaguarda do SAMU. O poder público local já reconhecia o histórico de violação de direitos das pessoas institucionalizadas, porém somente em 2014 os gestores locais manifestam necessidade de mudanças institucional. Questões religiosas, culturais e de gestão aliados à instituição acarretaram fortes embates na sociedade. Entretanto, foram retirados da instituição cerca de 6 pessoas não idosas com sofrimento mental grave que atualmente estão acolhidos na SRT implantada pelo município e acolhidas no CAPS.

Palmelo dispõe apenas uma Unidade de Saúde Básica, 1 equipe de ESF, 6 Agentes Comunitário de Saúde, dispõe ainda de um CAPS I e 4 SRT, por ter sido sede de uma instituição que abrigou muitos moradores. Embora seu processo de

desinstitucionalização tenha iniciado a mais de dez anos, a mudança das equipes técnicas sempre emperra o desdobramento e qualificação do cuidado.

As instituições de Morrinhos e Palmelo seguiram trâmites legais com apoio da judicialização e foram desativadas. Nestes trâmites, o Ministério Público atuou no monitoramento da implantação dos serviços e de apoio ao resgate da cidadania. Colocaram-se como fundamentais a fim de assegurar a legalidade dos processos.

Embora a desinstitucionalização nos três municípios apresente barreiras similares, por exemplo, nenhum dos três municípios são integrantes do Programa De Volta Para Casa. Boa parte dos moradores foram para as SRT, e outros conseguiram formas diferentes de morar, incluindo o resgate dos laços familiares. Cada um deles apresenta potencialidades e desafios distintos aos atores e técnicos envolvidos. Morrinhos se destaca por ter participado do Percurso Formativo da RAPS em São Bernardo do Campo/SP, o que favoreceu um engajamento nos profissionais e mudanças no fazer em saúde mental.

### ***Perspectivas da desinstitucionalização em Goiás***

De forma geral os principais resultados sobre os processos de desinstitucionalização no estado se deram pela iniciativa dos CAPS. Deslocaram o objeto de interesse para a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o campo social, alterando o paradigma técnico de cuidado da doença para o sujeito que a possui, rompendo com a relação mecânica causa-efeito na análise da constituição da loucura (Rotelli, 2001).

Segundo dados da GSM/SES-GO, entre os anos de 2015 a 2017, 78 pessoas foram desinstitucionalizadas e 724 leitos foram descredenciados no estado. Contudo, identificou-se que ainda existem 80 pessoas institucionalizadas, por isso permanece a necessidade de expansão da RAPS, sobretudo dos CAPS no estado.

Outra questão relevante foi a necessária orientação e sensibilização das instâncias gestoras dos municípios, dos Ministérios Públicos locais para a urgência dos processos de desinstitucionalização, considerando a garantia de direitos humanos e a legislação vigente no país. Algumas instituições presentes em cidades conseguem exercer certa influência política, não só pelo prestígio de seus representantes, mas porque produzem certo nível de empregabilidade. Então, a gestão lida com fenômenos complexos, com inúmeras dificuldades de priorizar as questões de saúde mental e da desinstitucionalização nos cotidianos de trabalho das secretarias municipais e estaduais de saúde, assim como no próprio âmbito federal (Kinker, 2017).

A mudança cultural da compreensão social do manicômio como lugar de caridade e cuidado para um não serviço de saúde tornou-se possível através do fortalecimento da RAPS. Principalmente da atenção básica, no que se refere ao matriciamento em Saúde Mental, mas também ações no território como oficinas, encontros para discussões com a

sociedade, a criação de colegiados, reuniões de esclarecimentos a outras instituições e/ou em espaços públicos.

Outro ponto de investimento foi a inserção na vida social das cidades, com passeios, ida a restaurantes, padarias, supermercados, sorveterias - ou seja, espaços da vida cotidiana. Promoveu-se viagens, reencontros familiares, casamentos, festas comemorativas, entre tantas outras estratégias para a retomada da vida em comunidade dessas pessoas. Tudo isso, concomitante a tentativas frequentes e persistentes de localização dos familiares, e reconstrução da história de vida das pessoas.

No que tange a moradia a implantação dos SRT foram fundamentais, contudo o habitar cotidianos delas tornou possível toda a prática de cuidado e inserção social aos que resgataram seus laços familiares foi mais do que ter uma casa para morar, aos que se aventuraram em outras formas de formar tiveram nos CAPS a retaguarda clínica e social. O cuidado psicossocial deve estar voltado para a possibilidade de que cada um construa sua forma de apropriação da casa, da cidade e dos outros recursos conquistados através da reforma psiquiátrica (Salles & Miranda, 2016).

A oferta e questões relacionadas ao trabalho e renda, incluindo a formação dos usuários ainda é muito frágil, os municípios aqui apresentados pouco avançaram nessa perspectiva. A experiência da capital, o Gerarte, deve inspirar os outros municípios para trilharem caminhos semelhantes. Considerando a urgência, vale seguir mapeando possibilidades de inclusão pelo trabalho em espaços já existentes no território.

Os CAPS neste período assumiram seu papel de articulador e ordenador do cuidado, somaram esforços na rede para superar o modelo de dependência institucional dos automatismos invalidantes da relação saúde-doença propostas no circuito do controle e na contenção. Assim, oferecer apoio para o mundo produtivo, habitacional, auxiliando com intervenções psicoterápicas e/ou farmacológicas e práticas cotidianas de exercício da cidadania (Saraceno, 2011). Ademais, superar o tratamento centrado na tutela também tem aspectos relacionados a desvantagem colocadas pela vida em liberdade frente às outras pessoas. E, algumas situações, ainda que pareçam paradoxais, devem ser superadas.

Fundamental é manter a perspectiva do cuidado em liberdade, garantindo as retaguardas clínicas quando necessário. Para isso, o trabalho em rede, a partir dos CAPS, deve ser ativo e de ações concretas, estabelecendo conexões entre os componentes da RAPS. Serviços de portas abertas, com profissionais escalados para acolhimento de pessoas em crise; serviços realizando transições do cuidado, cuidados compartilhados; visitas domiciliares frequentes; discussão em equipe de casos e das elaborações e revisões de Projetos Terapêuticos Singulares, matriciamento, entre tantas outras ações devem ser garantidas.

O reconhecimento do território, seus recursos, potencialidades e fragilidades foram primordiais. Como já explorado, a desinstitucionalização é desenvolvida de acordo com as particularidades locais. Isto é, o território e seus atores, principalmente as demandas das pessoas que ali passariam a morar após fechamento de hospitais psiquiátricos, produzem um modo de fazer desinstitucionalização, uma modelagem em um movimento (Emerich, 2017; Kinker, 2017).

Posto isso, as articulações intersetoriais tornam-se essenciais para atender as necessidades das pessoas com sofrimento mental grave, como educação, benefícios sociais, programas de habitação, inserção em programas de emprego, documentos básicos, entre outras. Vale destacar que muitos avanços já foram construídos como descritos acima, as experiências de Goiás apontaram que a concretização de projetos de vida pelo exercício da cidadania e fortalecimento do protagonismo trouxeram ricas possibilidades de reinserção social e assegurou direitos das pessoas com transtorno mental.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Consideramos que a experiência do Estado de Goiás pautada no apoio institucional, conseguiu conduzir processos articulados na elaboração e pactuação do Plano de Ação da RAPS, na realização do PNASH/Psiquiatria e no apoio aos projetos do Percursos Formativo, assim, esses programas e projetos configuraram-se como elementos facilitadores dos processos de desinstitucionalização.

O apoio institucional foi percebido como uma importante estratégia para provocar a reflexão, dar celeridade na qualificação da prática psicossocial e manejo de cuidado pelas equipes dos CAPS e outros pontos de atenção da RAPS. Contudo, torna-se fundamental seguir na construção com todos os atores envolvidos um diagnóstico e planejamento atualizado para dar seguimento ao processo de desinstitucionalização no território, sendo um instrumento de compartilhamento e apropriação das estratégias por todos/as os/as envolvidos/as.

Recomenda-se para avançar na atuação dos CAPS urge a importância de se introduzir, a discussão sobre a tomada de decisão apoiada, o cartão de crise, a gestão autônoma de medicamentos, a identificação dos sinais de uma nova crise e estratégias de apoio familiar. Por fim, dar a devida compreensão ao protagonismo dos/as usuários/as, apoiando-os em seus projetos terapêuticos no CAPS, na participação deles nos seus contextos de vida.

A concretização dos processos de desinstitucionalização ainda está longe de se encerrar, o Estado de Goiás ainda possui moradores em instituições manicomiais e, muitas barreiras estruturais de consolidação da RAPS em seus municípios a serem superadas. Dessa forma, retomamos uma das principais ideias apresentadas, a de que o processo de

desinstitucionalização não se encerra com a retirada de moradores/as dos hospitais psiquiátricos e o fechamento dessas instituições. É preciso investimento em ações estruturantes da atenção psicossocial, tais como as descritas no Quadro 2.

Além disso, apontamos para a necessidade de estudos que avaliem e evidenciem o impacto e os efeitos da desinstitucionalização nos resultados clínicos, processuais e estruturais, como importante estratégia de defesa psicossocial.

## REFERÊNCIAS

- Arantes, D. J. & Toassa, G. (2017). Movimento da Reforma Psiquiátrica em Goiânia, GO: Trajetória Histórica e Implantação dos Primeiros Serviços Substitutivos. *Revista Psicologia e Saúde*, 9 (2), 47-60, Recuperado em 21 de janeiro de 2019, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v9n2/v9n2a04.pdf>
- Amarante, P. & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. Doi: [10.1590/1413-81232018236.07082018](https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018)
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal.
- Bessoni, E. A., Vaz, B. C., Kossah, J., & Campos, F. C. B. (2015). Reflexões sobre a desinstitucionalização e algumas estratégias. *Revista Texturas UFBRA*, 33,160-172. Recuperado em 21 de janeiro de 2019, de <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/txra/article/view/1365>
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde (2004). Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 21 de janeiro de 2019, de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>
- Brasil. (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS. Recuperado em 21 de janeiro de 2019, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)
- Brasil. (2016). Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Cuidado em liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011- 2015. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Brasília: maio, 2016, 143p. Recuperado em 21 de janeiro de 2019, de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>
- Campos, G. W. S., Figueiredo, M. D, Pereira Júnior N., & Castro C. P. (2014). A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18 (Supl 1), 983-95. Recuperado em 21 de janeiro de 2019, de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0983.pdf>
- Emerich, B. F. (2017). Desinstitucionalização em saúde mental: processo de formação profissional e de produção de conhecimento a partir da experiência (Tese de doutoramento). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas/SP. Recuperado em 21 de janeiro de 2019, de <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/330698>

- Fiocruz & Fundação Calouste Gulbenkian (2015). Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde. pp 90. Recuperado em 21 de janeiro de 2019, de <http://www.gulbenkianmhplatform.com/conteudos/00/61/00/04>
- Furtado, J.P.; Nakamura, E.; (org.). (2014). Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. Editora Fap-UNIFESP 432p.
- Kinker, F.S. (2017). Um hospício em crise: imagens de uma experiência de desinstitucionalização. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 21(60), 189-198. Doi: [10.1590/1807-57622016.0163](https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0163)
- Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ministério da Saúde (2016). Recuperado em 21 de janeiro de 2019, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm)
- Lucena, M. A. S.; Bezerra, A. (2012). Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização. Ciência & Saúde Coletiva, 17(9):2447-2456, 2012. Recuperado em 21 de janeiro de 2019, de <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n9/2447-2456/pt>
- Martinhago, F. & Oliveira, W.F. (2015). (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. Saúde e Sociedade, 24(4), 1273-1284. Recuperado em 21 de janeiro de 2019, de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n4/1984-0470-sausoc-24-04-01273.pdf>
- Ministério da Saúde (2015). Saúde Mental em Dados – 12: Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Ministério da Saúde; pp. 48. Recuperado em 21 de janeiro de 2019, de [http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf)
- Moreira, M. B. & Onocko-Campos, R. T. (2017). Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. Saúde e Sociedade, v. 26, pp. 462-474. Recuperado em 21 de janeiro de 2019, de <https://www.scielo.org/article/sausoc/2017.v26n2/462-474/>
- Portaria n. 251/GM, em 31 de janeiro de 2002 - Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Ministério da Saúde (2002). Recuperado em 21 de janeiro de 2019, de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-251-31-JANEIRO-2002.pdf>
- Portaria n. 2.840, de 29 de dezembro de 2014 - Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Ministério da Saúde (2014). Recuperado em 21 de janeiro de 2019, de <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/1828-2840>
- Portaria n. 796, de 17 de junho de 2015 - Aprova o Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Estado de Goiás e Municípios. Ministério da Saúde (2015).

- Recuperado em 21 de janeiro de 2019, de <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/94244084/dou-secao-1-19-06-2015-pg-32>
- Portaria n. 1.727, de 24 de novembro de 2016 - dispõe sobre a homologação do resultado final do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/Psiquiatria 2012/2014. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde (2016). Recuperado em 21 de janeiro de 2019, de <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/novembro2016/dia28/portaria1727.pdf>
- Rotelli, F. a instituição inventada. In: Nicacio, F. (org) (2001). Desinstitucionalização. São Paulo: HUCITEC.
- Sade, R. M. S. (2014). Portas abertas: do manicômio ao território - entrevistas triestinas. 1. ed. Marília: Oficina Universitária / Cultura Acadêmica. 222 p. Recuperado em 21 de janeiro de 2019, de [http://www.marilia.unesp.br/Home/Publicacoes/portas-abertas\\_rossana.pdf](http://www.marilia.unesp.br/Home/Publicacoes/portas-abertas_rossana.pdf)
- Salisbury T.; Killaspy, H., & King, M. (2016). An international comparison of the deinstitutionalisation of mental health care: Development and findings of the Mental Health Services Deinstitutionalisation Measure (MENDit). BMC Psychiatry 16:54. Recuperado em 21 de janeiro de 2019, de <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-016-0762-4>
- Salles, A. C. R. R., & Miranda, L. (2016). Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. *Psicologia & Sociedade*, 28(2), 369-379. Recuperado em 21 de janeiro de 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/1807-03102016v28n2p369>
- Saraceno, B. (2011). A cidadania como forma de tolerância. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 22(2), 93-101, maio/ago. Recuperado em 21 de janeiro de 2019, de <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14126/15944>
- Scafuto, J. C. B. (2017). Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial: contribuições da educação permanente para o campo da saúde mental (dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. Recuperado em 21 de janeiro de 2019, de <https://run.unl.pt/handle/10362/20742>
- Silva, P. R. F., Carvalho, M. C. A., Cavalcanti, M. T., Echebarrena, R. C., Mello, A. D., Dahl, C. M., Lima, D. B., & Souza, F. M. (2017). Desinstitucionalização de pacientes de longa permanência de um hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde coletiva*. 22 (7) Recuperado em 21 de janeiro de 2019, de <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n7/2341-2352/>
- Venturini, E. (2016). A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- World Health Organization (2014). Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey, Fondation Calouste Gulbenkian. Recuperado em 21 de janeiro de 2019, de: [https://www.who.int/mental\\_health/publications/gulbenkian\\_innovation\\_in\\_deinstitutionalization/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_innovation_in_deinstitutionalization/en/)

**Nota sobre os autores:**

**Barbara Coelho Vaz** - Psicóloga, mestre em Políticas e Serviços internacionais em Saúde Mental. Colaboradora da Fiocruz/Brasília – Núcleo de Saúde Mental, álcool e outras drogas.

**Enrique Araújo Bessoni** – Psicólogo, Mestre em Clínica e Cultura na Faculdade de Psicologia da UNB. Atualmente é colaborador da Fiocruz/Brasília – Núcleo de Saúde Mental, álcool e outras drogas.

**Fernanda da Costa Nunes** – Psicóloga, Mestre e Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da UFG. Atualmente é técnica da Gerencia de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás e Professora do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da UFG. E-mail: [ferdsom@gmail.com](mailto:ferdsom@gmail.com)

**Nathália dos Santos Silva** – Enfermeira, Mestre e Doutora pela Faculdade de Enfermagem da UFG. Professora da Faculdade de Enfermagem da UFG. E-mail: [silvans09@gmail.com](mailto:silvans09@gmail.com)

**Recebido:** 12/11/2018.

**Aprovado:** 21/04//2019.