

Concepção dos profissionais de centro de atenção psicossocial sobre as políticas públicas de saúde mental

Conception of the professionals of psychosocial care center on public policies of mental health

Concepción de profesionales de centros de atención psicossocial sobre las políticas públicas de salud mental

Recebido: 19/03/2020 | Revisado: 20/03/2020 | Aceito: 26/03/2020 | Publicado: 28/03/2020

Giovana Telles Jafelice

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9244-6477>

Universidade Federal de São Paulo, Brasil

E-mail: gi_jafelice@yahoo.com.br

Gisela Cardoso Ziliotto

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6869-4094>

Universidade Federal de São Paulo, Brasil

E-mail: gisacardosorj@yahoo.com.br

João Fernando Marcolan

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8881-7311>

Universidade Federal de São Paulo, Brasil

E-mail: jfmarcolan@uol.com.br

Resumo

Objetivo de verificar a concepção dos profissionais dos CAPS sobre as Políticas Públicas de Saúde Mental e sua implantação. Tratou-se de estudo qualitativo, exploratório, descritivo, com referencial da Análise de Conteúdo. Foram entrevistados 27 profissionais de 9 CAPS vinculados à Prefeitura Municipal de São Paulo, em todas as regiões. A maioria dos participantes destacou a distância entre o preconizado na legislação e a prática em seus serviços. Observou-se também desigualdades entre as regiões da cidade, desencontro entre propostas das esferas municipal e estadual, peculiaridades da administração por Organizações Sociais de Saúde e a prevalência da lógica manicomial na rede de serviços e intersetorial. Apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica, há necessidade de enfrentamentos e investimento político para efetivação da Desinstitucionalização.

Palavras-chave: Saúde mental; Políticas públicas; Serviços comunitários; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Reforma psiquiátrica. Saúde mental; Políticas públicas; Serviços comunitários; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Reforma psiquiátrica.

Abstract

This study aimed to verify the conception of professionals of the CAPS on the Public Policies of Mental Health and its implantation. It was a qualitative, exploratory, descriptive study, with Content Analysis framework. 27 professionals from 9 CAPS linked to São Paulo Municipal Government, in all regions, were interviewed. Most participants highlighted the gap between what is advocated in legislation and the practice in their services. Inequalities between the regions of the city, mismatch between proposals from the municipal and state spheres, peculiarities of administration by Social Health Organizations and the prevalence of asylum logic in health and intersectoral networks were also observed. Despite the advances in the Psychiatric Reform, there is a need for confrontation and political investment to effectively implement Deinstitutionalization.

Keywords: Mental health; Public polices; Community Services; Psychosocial Care Centers; Psychiatric reform.

Resumen

Se buscó verificar la concepción de los profesionales de CAPS sobre las Políticas Públicas de Salud Mental. Se trató de estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo, con referencial del Análisis de Contenido. Se entrevistaron 27 profesionales de 9 CAPS de la Alcaldía Municipal de São Paulo, en todas regiones. La mayoría de los participantes destacó la distancia entre el preconizado en la legislación y la práctica. Se observó desigualdades entre las regiones, desencuentro entre propuestas de las esferas municipal y estatal, peculiaridades de la administración por Organizaciones Sociales de Salud y prevalencia de la lógica manicomial en la red de servicios e intersectorial. A pesar de los avances de la Reforma Psiquiátrica, hay necesidad de enfrentamientos e inversión política para la efectiva Desinstitucionalización.

Palabras clave: Salud mental; Políticas públicas; Servicios comunitarios; Centros de Atención Psicossocial (CAPS); Reforma psiquiátrica.

1. Introdução

A Política Nacional de Saúde Mental no Brasil está direcionada pelo processo de reorientação do modelo de atenção em Saúde Mental e no município de São Paulo/SP ainda não tivemos resultados adequados, em se tratando do mais importante município brasileiro (Brasil, 2001). Faltam investigações a respeito de como ocorre a mudança paradigmática em Saúde Mental desde as ações de vanguarda nessa área, na gestão Erundina (1989-1993). Se faz necessário verificar a concepção dos profissionais de saúde mental com atuação nos Centro de Atenção Psicossocial sobre as Políticas Públicas de Saúde Mental e sua implantação no município, por ser o CAPS equipamento estratégico no modelo de assistência (Vieira & Marcolan, 2016).

O município de São Paulo/SP apresentou características *sui generis* na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica. Desde 2002, com a publicação da Portaria GM nº 336 (Brasil, 2002), ampliada pela Portaria SAS nº 854 (Brasil, 2012), se aumentou o número de CAPS na cidade de São Paulo/SP e a implantação da rede de serviços substitutivos, de acordo com a Reforma Psiquiátrica e o Paradigma da Atenção Psicossocial (Amarante, 2013). Esta expansão se deu a partir dos equipamentos existentes anteriormente, de modo que alguns serviços foram ambulatoriais até esta época, outros eram Hospitais Dias, e alguns, ainda, originados da fusão ou da cisão destes serviços (Nascimento & Galvanese, 2009).

Desde 2011, o cuidado em Saúde Mental no SUS se organiza a partir da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que é composta por diferentes serviços e estratégias de desinstitucionalização, conforme Portaria n. 3088 (Brasil, 2011). Pode-se considerar que as administrações municipais de São Paulo/SP vêm mantendo a estruturação proposta pela Reforma Psiquiátrica desde 2001, no entanto, o fortalecimento da parceria público-privado não foi deixado de lado, com a implantação, nos últimos anos, da gestão dos serviços do SUS por contratos com Organizações Sociais de Saúde (OSS), tanto na esfera municipal quanto estadual (Mello, Ibañez & Viana, 2011). De 81 CAPS contabilizados até 2013, 28 estavam sob administração direta da Prefeitura e 53 com OSS (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2013).

Em estudo que buscou avaliar os CAPS de São Paulo/SP, verificou-se que estes equipamentos tinham diferentes perfis, sendo heterogêneos quanto às formas de organização, funcionamento e instalações (Nascimento & Galvanese, 2009). Embora em todos os serviços predominassem as atividades de arte e cultura, os que antes eram ambulatoriais tinham maior

número de atividades artesanais, enquanto nos que foram hospital-dia a maior frequência era de atividades psicofísicas (Nascimento & Galvanese, 2009). Como outros desafios próprios do município de São Paulo/SP, observa-se a significativa carência e iniquidade na oferta de serviços de Saúde (Ibañez *et al.* 2001), relacionada à extensão e profunda desigualdade social da cidade; e a histórica descontinuidade das políticas, com falta de coordenação entre as esferas municipal e estadual. Neste sentido, a conjuntura metropolitana paulistana é a maior representante das dificuldades, contradições e distorções experimentadas pelos municípios no processo de implantação do SUS, sempre marcadas pela influência e indução das políticas federais contrapostas à concentração política histórica da capital do Estado (Mello, Ibañez & Viana, 2011).

Considerando-se a importância dos CAPS para o modelo substitutivo de atenção em Saúde Mental e os desafios na implantação da RAPS em São Paulo/SP, objetivou-se compreender de que forma os profissionais destes serviços percebiam as Políticas Públicas de Saúde Mental no município.

2. Metodologia

Tratou-se de estudo exploratório, descritivo e qualitativo, com uso da Análise de Conteúdo (Bardin, 2011) como referencial metodológico. Foi realizado em nove CAPS Adulto do município de São Paulo/SP, sendo 1 na região Centro-Oeste e 2 em cada uma das demais. Deu-se preferência pelos serviços de administração direta, com exceção de duas unidades com gerentes vinculados à OSS, devido à escassez desta modalidade de equipamento em algumas regiões. A amostra foi definida por conveniência e composta por um membro da coordenação e dois profissionais de nível superior prestadores de assistência em cada serviço, com diferentes formações.

Os critérios de inclusão foram que o entrevistado tivesse pelo menos um ano de atuação no serviço e fosse servidor público sem vinculação a qualquer OSS, com exceção das unidades onde não havia coordenadores neste último critério. Os dados foram coletados de julho a setembro de 2015, após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP UNIFESP (23/04/15 - CAAE nº 43383515.6.0000.5505) e CEP SMS (15/05/15 - CAAE nº 43383515.6.3001.0086), concordância das supervisões e gerências e assinatura do TCLE por todos os participantes.

O estudo buscou também compreender outros aspectos sobre o trabalho multiprofissional nos CAPS, de modo que o instrumento de coleta de dados foi composto por

quatro questões norteadoras, elaboradas pelos autores. No início das entrevistas, os participantes foram convidados a conversar sobre como avaliavam/ percebiam as Políticas Públicas de Saúde Mental do Município, sendo este o aspecto focado neste artigo.

O processamento e análise de dados pela Análise de Conteúdo, com pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2011).

Entendemos que o referencial teórico-metodológico foi o mais indicado para atingirmos o objetivo e para análise de dados, pois as entrevistas foram de riqueza ímpar para o levantamento do conteúdo necessário.

3. Resultados e Discussão

Foram entrevistados vinte e sete profissionais, em oito CAPS II e um CAPS III. Dois eram médicos psiquiatras, um farmacêutico, dois terapeutas ocupacionais, seis assistentes sociais e nove psicólogos. Três participantes foram do sexo masculino e vinte e quatro, do feminino. A idade dos participantes variou de 28 a 64 anos, com média de 45 anos. O tempo de trabalho na unidade de saúde foi de 1 a 19 anos, sendo a média de 10 anos e o tempo de graduação dos profissionais variou de 4 a 35 anos, como média de 18 anos. Os resultados encontrados foram organizados em 4 categorias de análise.

Categoria 1 – Distanciamento entre o preconizado pelas Políticas Públicas de Saúde Mental e o cotidiano dos serviços das RAPS

Ao serem perguntados sobre de que maneira avaliavam as Políticas Públicas de Saúde Mental, a maioria dos participantes sinalizou o distanciamento entre o que está previsto na Portaria n. 3088 (2011), e o que acontece no cotidiano dos cuidados em Saúde Mental no município, especialmente devido à incipiente implantação da RAPS. As principais críticas apontadas foram a respeito da reduzida abertura de leitos para Saúde Mental nos hospitais gerais, a dificuldade de trabalho compartilhado no momento da internação e à escassez de CAPS na modalidade III (24 horas) no município:

A (...) Reforma Psiquiátrica é bem importante, mas dizendo de São Paulo (...) não tem muitos recursos. (...) Precisava mais leitos em enfermarias de hospitais gerais (...) mais CAPS III para dar conta da crise sem que se internasse mesmo. (P9)

Não tem mais Residências Terapêuticas, os CAPS trabalham sempre superlotados, (...) CAPS III, principalmente, que não tem. A política foi pensada, só que o cronograma não foi cumprido. (...) A crise mesmo não chega no CAPS. (...) Os mais graves, a gente não dá conta da demanda. (P23)

Dados atuais indicam que há 84 CAPS em funcionamento no Município, sendo 31 da modalidade Adulto (2 CAPS I, 23 CAPS II e 6 CAPS III), 26 AD (15 CAPS AD II e 11 CAPS AD III), 25 Infantis e 2 Infanto-juvenis (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2018). Há, ainda, 24 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e 21 Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO) (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2020), voltados a uma população de mais 11 milhões de habitantes (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2013). Para adequação às políticas públicas e à demanda, estima-se que sejam necessários aproximadamente 35 novos CAPS III no Município (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2013).

Em conjunto com esta ampliação, deve-se reestruturar os processos de trabalho, com priorização do atendimento à crise e às situações de vulnerabilidade; adequar as equipes, em termos de número e formação dos profissionais; efetivar o acolhimento “porta aberta” dos dispositivos, com atendimento às famílias, ambiência, trabalho no território articulado com a rede de serviços de saúde e intersetorial, a partir de capacitações e diálogo com a gestão (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2013).

Até 2013 (dado mais recente), havia aproximadamente 90 leitos de observação psiquiátrica no município, com reduzida oferta de “portas” para Urgência Psiquiátrica, serviços desativados, com funcionamento precário e falta de profissionais. Esperava-se que cerca de 10% dos leitos de hospitais gerais habilitados fossem destinados à Saúde Mental, nas esferas municipal e estadual, o que também não aconteceu até o momento (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2013).

Verifica-se que a atenção hospitalar ainda se dá de modo desvinculado da rede de serviços substitutivos e que os CAPS acabam por se distanciar de sua missão desinstitucionalizadora, de produção de vida e de novo lugar social para a loucura, se mantendo como lugares de tratamento de pacientes. Thomé (2013) observa que o hospital ainda se configura como principal *locus* de cuidado da crise, mesmo em Saúde Mental, e que apenas a ampliação da cobertura pelos CAPS III pode garantir, de fato, o “cuidado em liberdade”. Há a importância do fortalecimento das equipes multiprofissionais como

efetivação da atenção antimanicomial e a mudança de mentalidades e não só a construção de espaços físicos (Bressan, 2014).

Categoria 2 – Desigualdade social entre os territórios do Município

A questão da desigualdade social e da vulnerabilidade na cidade de São Paulo foi tratada de maneira direta por poucos profissionais, no entanto, faz-se fundamental, ao se falar da maior cidade do País:

Psiquiatria teve concurso ano passado, não tiveram inscritos para a Zona Leste. (...) Médico não assume, vai para um lugar que seja mais próximo da casa dele. (...) Nós já estamos em estado crítico (...) Fomos assaltados há oito meses, perdemos todo material, fomos ameaçados (...). (P5)

Por sua extensão, o município de São Paulo/SP sofre com disparidades entre os diferentes bairros e territórios, que acabam por produzir desigualdade social e, conseqüentemente, no acesso e qualidade dos serviços de Saúde.

Assim como citado por P5, pode-se verificar que as regiões sul e leste são as que enfrentam maior vulnerabilidade no município de São Paulo/SP, o que pode fazer pensar também na saúde mental dos trabalhadores destes serviços, bem como outras dificuldades citadas pelos participantes (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2013). Algumas regiões periféricas podem suscitar nos profissionais do CAPS sensações de vulnerabilidade e de falta de segurança – reforçadas por condições de trabalho não ideais - bem como na falta de interesse dos trabalhadores por esses territórios.

Segundo Franco, Druck & Selligman- Silva (2010), ainda há poucos estudos com enfoque na psicopatogênese dos transtornos mentais relacionados ao trabalho nos contextos de pobreza. Estes autores discutem a maior vulnerabilidade ao adoecimento e intensificação da dominação nestes territórios, alimentados pelo estreitamento do mercado de trabalho para profissionais pobres e com pouca escolaridade, bem como das alternativas institucionais de proteção social. Também atenta a estas questões, Onocko-Campos (2014) analisa que os trabalhadores do SUS nas periferias das grandes cidades brasileiras estão expostos diariamente ao contato com o irrepresentável da miséria, no qual o “grau de miserabilidade” destas populações vai além da capacidade de resistência, quando estes profissionais, ainda que saibam que o Brasil é um país com pessoas pobres, tentam intervenções terapêuticas com

indivíduos que estruturaram a própria resistência à morte com formas de subjetivação que não são possíveis de compreender.

Categoria 3 – Falta de incentivos na área e a administração por Organizações Sociais de Saúde (OSS)

Alguns participantes observaram o “desinteresse político” no campo da Saúde Mental, que acaba por ter pouca visibilidade, e também as diferenças entre os serviços de administração direta da Prefeitura e os vinculados às OSS parceiras.

... você tem um incentivo para outro recorte da população e a Saúde Mental, não. (...)percebo que existe uma fragilidade muito grande na política. (P5)

A dificuldade dentro da Política de Saúde Mental do Município que encontramos nos CAPS diretos, (...) RH e também de material. (...) Diferente do CAPS indireto, que eles têm recurso financeiro (...), têm como (...) desenvolver um projeto na área. (...) O CAPS indireto não (...), trabalham dentro daquela área limitada e sabem quantas famílias vão atender (...), têm disponibilidade de tempo para reunir aqueles pacientes que têm dificuldade de aderir ao tratamento e ir lá (...). (P12)

Há um grande vazio nessa política de Saúde Mental quanto a recursos humanos. A Secretaria do Município propôs a continuidade (...) via uma terceirização e eu pretendia que essa nova gestão limitasse esse tipo de condução política e investisse na administração direta (...). A atual gestão não priorizou isso e continua com a proposta que, a meu ver, é uma privatização disfarçada. (P26)

Ainda que alguns participantes tenham problematizado a administração dos serviços via OSS (“CAPS indireto”), nenhum se ateu às razões da discrepância entre os investimentos feitos nestes serviços e a falta de recursos para os CAPS de administração direta. Não problematizaram a definição política de escolha do modelo privatista de atenção em saúde financiado com recursos públicos, no que isso implica para a população e os interesses econômicos por trás dessa escolha. Atualmente, no campo da Saúde no município de São Paulo/SP, pode-se considerar as OSS como principal exemplo de terceirização, com precarização das condições de trabalho (Abrucio, 2006). O modelo de OSS impõe a agenda dos profissionais, definindo em contrato o número de atendimentos planejados pelas metas a

serem cumpridas, o que leva as OSS a definirem quantos atendimentos diários cada profissional terá que realizar, bem como quantas horas deve destinar a cada um.

Para os usuários do serviço, a alta rotatividade de profissionais é sentida como abandono e desvalorização do equipamento em que recebem cuidados, a afetar o processo de vinculação. Este modelo não favorece a participação e empoderamento dos profissionais de seus processos de trabalho e as lutas políticas necessárias para garantir o SUS previsto nas políticas públicas, uma vez que não há garantia de estabilidade, fundamental quando há necessidade de enfrentamentos. Chiavegato Filho e Navarro (2012) observam que a ideologia gerencialista afeta os processos de trabalho e a gestão em Saúde, implicando maior pressão social e pessoal aos trabalhadores, com sobrecarga de trabalho, menor grau de autonomia e reduzido reconhecimento social e suporte de colegas de trabalho, chefias e usuários.

As diferentes formas de vínculo empregatício também foram citadas em outra pesquisa, em que os profissionais de um CAPS acusaram a existência de contratos de trabalho terceirizados e concursados para as mesmas funções com salários diferentes (Ballarin, Ferigato, Carvalho & Miranda, 2011). Percebe-se que o gerencialismo vem ganhando cada vez mais espaço no cenário de governança do Brasil, especialmente nos processos de terceirização e privatização, que delegam funções governamentais para entes privados (Cecilio & Lacaz, 2012).

Apenas um profissional criticou a falta de políticas unificadas entre estado e município em São Paulo/SP e os retrocessos decorrentes desta situação. Pode-se pensar que este entrevistado se referiu majoritariamente ao campo dos cuidados aos usuários de álcool e outras drogas, polarizado na Cidade pelos Programas Recomeço, proposta do governo Estadual, pautado na abstinência e de Braços Abertos, implantado pela Gestão Haddad (2012-2016), defensor do modelo de Redução de Danos (Governo do Estado de São Paulo, 2018 e Prefeitura Municipal de São Paulo, 2014).

Fica difícil assim, porque Município e Estado não conseguem pensar numa política unificada, fortalecer e, de fato, acreditar naquilo (...) para tentar desconstruir a lógica que vem vindo. (P20)

Chamou atenção que nenhum entrevistado relacionou o recente financiamento aos cuidados de usuários de álcool e outras drogas, especialmente à facilitação de internação compulsória nos serviços de administração do Governo do Estado de São Paulo, aos acontecimentos da Copa do Mundo de 2014 e das Olimpíadas de 2016 e às críticas a possíveis

políticas higienistas decorrentes desta. Gehring (2012) critica a criação de medidas higienistas pontuais, que visam “remover o lixo” por conta de tais eventos, destacando que as políticas de enfrentamento às drogas só terão sucesso junto a outras medidas que possibilitem aos sujeitos condições básicas de vida.

Categoria 4 – Manutenção da lógica manicomial na rede de serviços e na sociedade

As dificuldades com a Atenção Básica/ rede de serviços/ rede intersetorial foram citadas por diversos entrevistados deste estudo, especialmente com relação à prevalência da lógica manicomial e biologizante. Um dos participantes destacou também as dificuldades enfrentadas com outros serviços, as famílias, o Estado e mesmo com a mídia, que mantêm discursos que vão de encontro ao trabalho preconizado pelos CAPS:

“Ainda tem um pedido de hospital, de não valorizar o trabalho que o CAPS faz. (...) A rede vai pedindo o tempo todo remédio, contenção, internação. O Estado favorece a construção dessa lógica”. (P20)

A maior dificuldade que a gente tem é o trabalho em rede, formar essa rede, são os profissionais se sensibilizarem para a Saúde Mental. A gente já teve uma série de iniciativas para tentar sensibilizar e até capacitar, (...) mas tem uma resistência bem grande. A política existe, nos dá um norte, mas ainda falta muito. (P16)

Scheibel e Ferreira (2011) também observam, nos CAPS, o atendimento de usuários que poderiam estar em outros níveis da rede, por não demandarem a complexidade e a intensidade de cuidados previstas nos equipamentos estratégicos, o que também se relaciona a sobrecarga de trabalho dos profissionais dos CAPS.

Como desafio à efetivação da desinstitucionalização, alguns entrevistados destacaram o “fator histórico” dos CAPS em que atuavam, que anteriormente foram ambulatórios ou mesmo hospital psiquiátrico, implicando em resistências por parte dos usuários, profissionais e também do território às formas de cuidado preconizadas pela Reforma Psiquiátrica. Foram citadas resistências dos profissionais em mudar suas práticas e mesmo diferentes concepções de Saúde Mental no serviço:

Aqui tem uma grande e longa história de Saúde Mental... Já tem por base o espaço, (...) dentro de um antigo hospital psiquiátrico. (...) Era um ambulatório e era o único (...) do

território. Em 2002, ele muda para CAPS, (...) mas pouco se fez um trabalho com as equipes no sentido da mudança do pensamento. (...) O processo do trabalho não se muda só pela teoria (...). (P22)

Pode-se dizer que ainda coexistem, mesmo nos próprios CAPS, as lógicas manicomial e substitutiva, relacionando-se aos interesses políticos e também aos “desejos de manicômio” de cada um de nós (Machado & Lavrador, 2002). Fundamental o investimento em formação profissional alinhado ao Paradigma da Atenção Psicossocial e da Reforma Psiquiátrica (Jafelice & Marcolan, 2017).

Apenas em uma resposta foi citada a origem da Reforma Psiquiátrica como movimento social, observando a importância da formação profissional alinhada ao olhar ampliado e do envolvimento político dos profissionais para que a prática nos CAPS se aproxime das Políticas Públicas. Alguns entrevistados reforçaram o processo de construção diária destas novas lógicas e as influências políticas a que os serviços estão submetidos. Consideraram que estas podem, muitas vezes, dificultar a prática centrada nas diretrizes das Políticas Públicas. Neste sentido, Ramminger e Brito (2011) questionam se a institucionalização da Reforma Psiquiátrica como política pública acabaria por reduzir sua potência enquanto movimento instituinte, fazendo dela mais um discurso hegemônico e impermeável.

4. Considerações

Houve praticamente unanimidade na valorização de suas propostas e modelos, ainda que a prática venha se dando de modo distanciado, diante das dificuldades de implantação e efetivação dos pressupostos da Atenção Psicossocial.

A Reforma Psiquiátrica, apesar de vir garantindo conquistas no campo da Saúde Mental, não está concluída, necessitando de constante luta política para sua efetiva implantação. Ainda que a RAPS destaque os CAPS como equipamentos estratégicos e não estruturantes, percebe-se, na prática, que estes seguem como centralizadores da atenção em Saúde Mental, que ainda enfrenta dificuldades para ser compartilhada na rede de serviços.

Para além da inauguração de serviços e espaços físicos, são necessários enfrentamentos políticos e maior investimento, para que os muros concretos e simbólicos de

exclusão da loucura sejam quebrados e as pessoas com transtorno mental possam de fato viver como sujeitos de direito e alcançar cidadania e participação efetiva na sociedade.

Há vasto campo para pesquisas relacionadas ao processo de reforma psiquiátrica implantada com as políticas de saúde mental e se faz necessário novos olhares sobre os avanços, fraquezas, dificuldades, barreiras e retrocessos ocorridos. O que verificamos na literatura nacional em sua maioria são loas à reforma, porém houve e há problemas que precisam ser reconhecidos e sanados para que possamos avançar na efetivação na mesma.

Referências

Abrucio, F. (2006). *Contratualização e Organizações Sociais: Reflexões teóricas e lições da experiência internacional*. Debates GV Saúde.

Amarante, P. (2013). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Coleção.

Ballarin, M.L.G.S., Ferigato, S.H., Carvalho FB & Miranda IMS. (2011). Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço. *O Mundo da Saúde*, 35(2), 162-68.

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Brasil (2001). Presidência da República. *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*. Diário Oficial da União, Brasília. Edição n. 69, Seção 1, p. 2.

Brasil (2012) Portaria nº 854/SAS, de 22 de agosto de 2012. *Altera e cria novos procedimentos para os Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências, possibilitando a qualificação das informações sobre as ações desenvolvidas por esse ponto de atenção e também sobre a complexidade do serviço*. Diário Oficial da União, Brasília. Edição n. 165, Seção 1, p. 54.

Brasil (2002).Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 336, 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, II e III, CAPS i II e CAPS ad II*. Diário Oficial de União, Brasília. Edição n. 34, Seção 1, p. 22.

Brasil (2011). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 3.088, 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)*. Diário Oficial da União, Brasília. Edição n. 251, Seção 1, p. 59.

Bressan, V.R. (2014). Estratégias de desinstitucionalização. *Psique, Ciência e Vida*, 103(1): 50-53.

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (2020). *Relação dos Estabelecimentos/Serviços da Secretaria Municipal da Saúde por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde*. Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/Unid_Munic_Saude_Super.pdf. Acesso em mar. 2020.

Cecilio, L.C.O. & Lacaz, F.A.C. (2012). *O trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Cebes.

Chiavegato Filho, L.G. & Navarro, V.L. (2012). A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista. *Revista Pegada*, 13(2), 67-82. Disponível em: <http://200.145.181.20/index.php/pegada/article/view/2023/1920>

Franco, T., Druck, G. & Seligmann-Silva, E. (2010). As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev. Bras. Saúde Ocup*, 35(122), 229-248. doi:10.1590/S0303-76572010000200006

Gehring, M.R. (2012). O Brasil no contexto dos acordos e políticas internacionais para o combate às drogas: das origens à atualidade. *Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP/ Marília*, 10, 145-165. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/levs/article/view/2655>

Governo do Estado de São Paulo (2018). *Programa Recomeço*: Disponível em: <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/portal.php/recomeco>. Acesso em: mar. 2020.

Ibañez, N., Bittar, O.J.N.V., Sá, E.N.C., Yamamoto, E.K. Almeida, M.F. & Castro, C.G.J. (2001) Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2), 391-404. doi:10.1590/S1413-81232001000200009

Jafelice, G.T, & Marcolan, J.F. (2017). Percepção dos profissionais de Saúde Mental sobre o trabalho multiprofissional com residentes. *J Nurs Online*, 11(2), 542-550. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11972/14518>

Machado, L.D. & Lavrador, M.C.C. (2002). Loucura e subjetividade. In: Machado, LD., Lavrador MCC., Barros, MEB., organizadores. *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo* (pp. 45-58). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Mello, G.A., Ibañez, N. & Viana, A.L.A. (2011). Um olhar histórico sobre a Questão Regional e os Serviços Básicos de Saúde no Estado de São Paulo. *Saúde Soc*, 20 (4), 853-866. doi: 10.1590/S0104-12902011000400004

Onocko-Campos, R. (2014) *Psicanálise e saúde coletiva: Interfaces*. São Paulo: Hucitec. 2^a ed. Coleção Saúde em Debate.

Nascimento, A.F. & Galvanese, A.T.C. (2009). Avaliação dos CAPS do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*, 43(1), 8-15. doi: 10.1590/S0034-89102009000800003

Prefeitura Municipal de São Paulo (2018). *Programa Braços Abertos*. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DBAAGO2015.pdf>. Acesso em: mar. 2020.

Ramminger, T. & Brito, J.C. (2011). “Cada CAPS é um CAPS”: Uma coanálise dos recursos meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de Saúde Mental. *Psicologia & Sociedade*, 23(n. spe.), 150-160. doi: 10.1590/S0102-71822011000400018.

Rosa, L.C.S. & Feitosa, L.G.G.C. (2008). Processo de Reestruturação da Reforma da Atenção em Saúde Mental no Brasil: avanços e desafios. *Sociedade em Debate*, 14(2), 135-152. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/Processo_de_Reestrutura%C3%A7%C3%A3o_da_Reforma_d

a_Aten%C3%A7%C3%A3o_em_Sa%C3%BAde_Mental_no_Brasil_avan%C3%A7os_e_desafios.pdf

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2018). *Endereços dos CAPS do Município de São Paulo*. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/areas-tecnicas-da-sessp/saude-mental-alcool-e-drogas/enderecos-dos-centros-de-atencao-psicossocial-caps-do-estado-de-sao-paulo>. Acesso em: mar. 2020.

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2013). Secretaria Estadual de Saúde. Rede de Atenção Psicossocial. Proposta de Adesão – RAAS 06. *Documento da Rede de Atenção Psicossocial elaborado pelo Grupo Condutor Regional de Saúde Mental para apreciação e homologação do Colegiado de Gestão Regional da RAAS 06*. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/RAPS04112013.pdf>. Acesso em: mar. 2020.

Scheibel, A., Ferreira, L.H.F. (2011). Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em Saúde Mental. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35(4), 966-983. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n4/a2821.pdf>

Thomé, A.M. (2013). *Os Centros de Atenção Psicossocial como dispositivos de atenção à crise: em defesa de certa (in)felicidade inventiva*. In: II Colóquio Internacional do NUPSI: Construções de Felicidade. São Paulo, SP. [Internet] Disponível em: http://nupsi.org/wp-content/uploads/2013/08/Ana_Maria_Thome

Vieira, M.N. & Marcolan, J.F. (2016). Influence of the Sao Paulo State innovative models on Brazil's mental health policy. *Rev Bras Enferm*, 69(2), 337-344. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690220i>

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Giovana Telles Jafelice – 40%

Gisela Cardoso Ziliotto – 20%

João Fernando Marcolan - 40%