

# A INSCRIÇÃO DO CONCEITO “AUTONOMIA” NAS PRÁTICAS DE CUIDADO OFERTADAS NOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DE SAÚDE MENTAL: UMA INVESTIGAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

*THE INSERTION OF THE “AUTONOMY” CONCEPT IN CARE PRACTICES OFFERED IN THE SUBSTITUTIVE MENTAL HEALTH SERVICES: A BIBLIOGRAPHICAL INVESTIGATION*

Priscilla da Silva Lunardelli\*  
Taili Joana Streb\*\*

## RESUMO

Este artigo apresenta a sistematização de um estudo bibliográfico que teve o objetivo de estabelecer correlação entre os marcos jurídicos legais brasileiros e as representações de práticas de cuidado produtoras de autonomia no campo da Saúde Mental Coletiva brasileira nas últimas décadas. Para tal, elencaram-se diferentes *marcadores de autonomia* no escopo normativo das legislações brasileiras de saúde mental, e, a partir desses, foram apontadas algumas reflexões sobre os limites e as possibilidades da implementação de práticas libertárias, de construção de autonomia no âmbito da Política de Saúde Mental. O estudo aponta que, apesar de avanços significativos no cuidado dos usuários de saúde mental, ainda existem inúmeras contradições na efetivação da Política de Saúde Mental Brasileira, alinhada aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

## PALAVRAS-CHAVE

Autonomia. Saúde Mental. Serviços Substitutivos.

## ABSTRACT

This article presents the systematization of a bibliographic study, which aimed at establishing a correlation between Brazilian legal frameworks and the representations of care practices producing autonomy in the field of Brazilian Collective Mental Health in the last decades. To this end, different markers of autonomy were included in the normative scope of Brazilian mental health legislation, and from these, some reflections on the limits and possibilities of the implementation of libertarian practices, on the construction of autonomy within the scope of the Mental health. The study points out that, despite significant advances in mental health users care, there are still numerous contradictions in the effectiveness of the Brazilian Mental Health Policy, aligned with the assumptions of the Psychiatric Reform.

## KEYWORDS

Autonomy. Mental Health. Substitutive Services.

---

\*Assistente Social da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul lotada na Coordenação Estadual de Saúde do Idoso como Coordenadora. Especialista em Direito Sanitário.

\*\*Assistente Social da Secretaria de Assistência Social e Habitação de Biguaçu/SC. Especialista em Saúde Mental Coletiva.

## Correspondência

E-mail: \*priscilla-lunardelli@saude.rs.gov.br | \*\* tailistreb@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

A conquista dos direitos sociais é historicamente marcada por lutas, envoltas em disputas de diferentes projetos societários que contraditoriamente compõem os cenários brasileiro e mundial: por um lado, sujeitos, instituições e processos de trabalho que seguem os ditames do capital, calcados na vertente neoliberal. Por outro lado, movimentos societários que buscam romper com visões excludentes e desiguais de cidadania e instituir legislações igualitárias, mudanças de representações sociais, de paradigmas, de teorias e de práticas que sejam cada dia mais universalizadoras e dignas aos sujeitos usuários das políticas públicas (BEZERRA JÚNIOR, 1992).

Este contexto se perpetuou na histórica luta por direitos em saúde, movimento percebido ao caminhar-se para constituição de um Sistema Único de Saúde, igualitário e universal em seu escopo textual e ideologia criadora. É desta mesma forma que se reconhece a conquista dos marcos jurídicos legais brasileiros em Saúde Mental Coletiva. Dentro da perspectiva crítica, Bibeau e Corin foram os primeiros autores a articular uma teoria metassintética que tem como pretensão integrar elementos semiológicos, interpretativos e pragmáticos essenciais para uma abordagem cultural da saúde mental. O conceito de saúde mental coletiva surge no Brasil nos anos 2000, desde a proposta de abordagem cultural das condições de saúde (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999).

A partir de então se compreende o poder político, social e histórico que tiveram os movimentos da reforma sanitária e posteriormente o movimento de luta antimanicomial e reformista em favor da transformação nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho em saúde mental. Além de lutar

em defesa da saúde coletiva, da equidade na oferta dos serviços, do protagonismo dos trabalhadores e da produção de novas possibilidades de cuidado, pautadas na corresponsabilidade e autonomia dos processos de tratamento dos usuários dos serviços de saúde mental (BRASIL, 2005).

Levando em consideração esta produção de novas possibilidades de cuidado Vasconcelos, Oliveira e Alves (2013) observam que se faz necessário, considerando-se um processo de construção conjunta de autonomia com os usuários de saúde mental, criarem-se relações de contratualidade, respeito, confiança e corresponsabilidade mútuas, nos processos de trabalho dos diferentes dispositivos da rede de atenção psicossocial. Essa rede, em funcionamento interdisciplinar, é também uma conquista da militância política por direitos em saúde e consequência do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira<sup>1</sup>. Somado a ela, conta-se com a articulação de diferentes políticas públicas, com a atenção dos trabalhadores delas e com os laços sociais dos usuários para que eles possam se responsabilizar por trilhar seus próprios caminhos de cuidado.

Com base no arcabouço teórico clássico das ciências sociais, este estudo bibliográfico pretendeu, através da análise de artigos que dialogam sobre tal temática, compreen-

---

1 No Brasil, o movimento denominado Reforma Psiquiátrica tomou vigor a partir da década de 90, pela iniciativa articulada dos três níveis gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal processo redundou na modificação de algumas normas jurídicas e na ênfase de políticas públicas sobre a questão. O Projeto de Lei nº 3.657/89, conhecido como Lei Paulo Delgado, proíbe a construção ou contratação de novos leitos psiquiátricos pelo poder público e prevê o redirecionamento dos recursos públicos para a criação de "recursos não manicomial". Tal projeto foi aprovado em março de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional. Nesse período de tramitação da lei federal, oito leis estaduais entraram em vigência inclusive a Lei do Estado do Rio Grande do Sul. (N.A.)

der que representações do conceito "autonomia" estão expressas nas legislações brasileiras e nas práticas de cuidado nos serviços substitutivos em saúde mental pós Reforma Psiquiátrica, investigando possibilidades e discutindo os desafios para inscrição destas representações como direito social nas práticas cotidianas em saúde mental.

## MARCOS CONCEITUAIS

### Reforma psiquiátrica brasileira e marcos jurídicos legais

Os movimentos de organização popular no Brasil eclodiram nas décadas de 70 e 80, momento em que houve uma acentuada movimentação da sociedade brasileira que, por intermédio de diferentes entidades de classe, organizações não governamentais, partidos políticos, sindicatos e outros movimentos, promoveram inúmeras manifestações públicas que precederam ao processo de transição entre os governos militares e democráticos (COUTO, 2004).

Diferentes movimentos da sociedade civil transbordam suas reivindicações na elaboração da Constituição Federal promulgada em 1988, na qual são ampliados os direitos civis, políticos e sociais e assegurados os que já existiam em outras constituições, universalizando o acesso à saúde e valorizando as pautas e reivindicações dos trabalhadores. Neste contexto, o campo da saúde mental torna-se pioneiro na efervescência do diálogo entre as diferentes instâncias, eclodindo no movimento sanitário por meio da constituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978. Tal movimento evidenciava a crise dos manicômios e a necessidade de rever o modelo de gestão, atenção, cuidado e acesso em saúde,

bem como pactuava o compromisso com os direitos civis e sociais dos pacientes psiquiátricos (VASCONCELOS; ALVES; OLIVEIRA, 2013). A partir desse Movimento, composto por usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental, abrem-se inúmeras frentes de luta que, a exemplo do modelo de desinstitucionalização italiana, propõe um novo paradigma de cuidado que vem a ser denominada a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esse processo buscava construir de forma coletiva uma crítica ao predomínio do saber-poder médico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais, e ainda, explicitava a violência dos manicômios e a transformação da loucura em mercadoria e mercado.

Outro marco histórico da construção coletiva foi a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que consolidaria a Reforma Psiquiátrica como diretriz nacional de cuidado, culminando na promulgação da Lei nº 10.216 em 2001, traduzindo a força dos movimentos sociais e norteando a construção de toda legislação posterior do cuidado em saúde mental (BRASIL, 2001). Um dos temas centrais das deliberações da III Conferência foi a construção dos pressupostos e diretrizes para reorientação do modelo assistencial em saúde reorganizando a rede de serviços em saúde mental, constituídas de maneira intersetorial, elencando responsabilidades dos gestores e tensionando a desinstitucionalização como plano de fundo das discussões e ações da rede. Além disso, as deliberações pontuavam: diretrizes para recursos humanos, para o financiamento, para acessibilidade, bem como para o direito e à cidadania dos usuários dessa política. Por fim, o relatório final da conferência histórica discorre sobre o controle social, reafirmando o potencial desse, com a ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus

familiares, em modificar legislações, ideologias e práticas instituídas, impulsionando novas formas de construir uma sociedade mais justa e igualitária (BRASIL, 2005).

## AUTONOMIA

O sujeito moderno surge no bojo da emergência do pensamento liberal do século XVIII, promovendo, pela primeira vez, o rompimento com a interferência das diretrizes religiosas e políticas sob as instâncias da vida dos indivíduos, florescendo, nesse contexto, um dos *princípios éticos* do liberalismo: a autonomia. A autonomia, aqui referida, dizia respeito a um indivíduo livre, racional, em busca da igualdade, em uma prospecção ideal e individualista de acesso a direitos; relativa aquilo que confere à sua existência de forma unilateral e propõe que a afronta sua liberdade deve, por sua vez, ser combatida (SIMÕES, 2009).

Com a conquista dos primeiros direitos sociais décadas depois, já no século XX, houve maior possibilidade da inscrição das noções de autonomia, cidadania e liberdade em uma lógica cada vez mais conectada ao cidadão reconhecido como um ser social. Desta forma, compreende-se o surgimento do sujeito de direitos coletivos atrelado ao momento histórico em que, pela mobilização dos movimentos sociais problematiza-se, valoriza-se e exige-se o potencial político, no sentido de resgatar a responsabilidade individual, vinculado a um contexto coletivo, fazendo-se valer da autonomia como direito social. Essa concepção permite que se construa um leque de possibilidades em âmbito coletivo, com práticas de corresponsabilidade e de avanço nas lutas e pautas da sociedade.

Busca-se nas políticas públicas instituídas atualmente vincular autonomia ao

contexto da garantia de direitos sociais, a processos de real exercício de cidadania, quando o sujeito é convocado a (re)conhecer-se como ser histórico-social e sujeito de direitos coletivos, ou seja, acredita-se no desenvolvimento da autonomia por meio do exercício político dos sujeitos. (ALVES; OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2013), No entanto, constata-se que no Brasil a garantia de direitos sociais está muito aquém das considerações descritas em seu escopo legal, portanto, falar de autonomia na contemporaneidade passa pelo atravessamento de diversos fatores, principalmente pela diretriz político-econômica que marca as desigualdades e processos de exclusão em nosso país, principalmente neste momento histórico de retrocessos e ataques aos direitos sociais. Ao encontro disto, percebe-se que a autonomia dos usuários das políticas públicas no Brasil está restrita, ameaçada, subdesenvolvida e relativizada, pois, assim como referem Campos e Campos (2006), a autonomia é atravessada pelos fatores externos ao sujeito, fatores que se constroem coletivos e que em âmbitos macropolítico, culturais, relacionais, restringem ou possibilitam a coprodução de maiores índices de autonomia. Segundo o autor, os índices correspondem ao acesso a informações as quais os sujeitos estão expostos, além da aptidão crítica dessa frente às informações, no sentido de trazê-las para o seu cotidiano, vinculando-as a suas histórias de vida e de constituição social.

Os autores Hirdes (2009) e Emerich, Campos e Passos (2014) enfatizam em suas produções o estigma e o preconceito vivido pelos usuários de saúde mental em seus processos de adoecimento e tratamento, muitas vezes reduzindo o cuidado somente aos sintomas, e levando a processos de exclusão de espaços de convivência social,

bem como restrições de demais direitos sociais. Neste sentido os usuários da política de saúde mental encontram-se atravessados por disputas de saber-poder entre a lógica manicomial e a diretriz humanizadora de luta por direitos, que defendem práticas capazes de garantir a autonomia deles com acesso à informações, participação em seu processo de tratamento, integralidade no cuidado, igualdade no acesso, direito ao diagnóstico, direito a benefícios, direito a inserir-se no mercado de trabalho, etc.

Assim, apesar da inscrição do conceito de autonomia estar, cada vez mais, desprendendo-se do teor liberal e buscando também *conquistar o seu espaço* na conjunção com os direitos sociais, ainda considera-se o usuário de saúde mental duplamente prejudicado, pois como refere Emerich, Campos e Passos (2014, p. 27): "Num país em que a precariedade de acesso a direitos sociais para sobrevivência é cotidiana, o usuário em intenso sofrimento psíquico parece, muitas vezes, experimentar um duplo processo de exclusão: ser brasileiro e louco". Reafirma-se, portanto, a necessidade da vinculação da noção de autonomia como orientadora da luta pela construção efetiva de direitos sociais e da valorização de uma vida coletiva repleta de singularidades.

## ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Compreende-se como um dos grandes resultados do escopo de reivindicações históricas do movimento de Luta Antimanicomial Brasileira a criação de uma rede de atenção psicossocial cujos serviços substitutivos ao manicômio são espaços correspondentes a uma nova lógica de cuidado em saúde mental, rompendo com a lógica do aprisiona-

mento e da exclusão da loucura. Propõe-se um novo modelo de tratamento pautado na produção de autonomia, implicando o usuário como protagonista e corresponsabilizando-o em seu processo de tratamento.

O cuidado em saúde mental vem lento e gradativamente substituindo o modelo manicomial centrado nas instituições totais (manicômios, asilos e hospitais psiquiátricos), sustentado na lógica excludente e produtora de estigma e preconceito para o modelo psicossocial com serviços substitutivos territoriais que garantam o cuidado em liberdade como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e leitos de saúde mental em hospitais gerais. Esses, entre outros dispositivos, constituem a Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011), serviços e pontos de atenção contribuem para a reabilitação psicossocial e promoção de saúde mental dos usuários.

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), serviço substitutivo que se propõe à nova lógica de cuidado em saúde mental, foram instituídos pela Portaria nº 336 de 2002 (BRASIL, 2002), como dispositivos de implementação da Política de Saúde Mental, os quais compreendem os sujeitos usuários da política pública como sujeito de direitos sob um olhar libertário. Desta forma, propõe-se um modelo de atenção psicossocial centrado no usuário e construído com ele, levando em conta: a escuta, o acolhimento, a ética, a autonomia, o resgate da cidadania, a subjetivação, o respeito, a liberdade e a inclusão social, entre outros preceitos tão caros ao novo modelo. É ao redor do ideário e acordos comuns que profissionais com diferentes formações, com diferentes crenças e filiações teóricas, se reúnem e formam equipes multidisciplinares em conjunto com usuários/famílias, no trabalho cotidiano dos serviços de saúde mental.

Desta forma, reconhece-se de maneira legítima a importância de existirem espaços nos quais os usuários possam expressar sua loucura, saber sobre ela, entender limites e potencialidades que determinados transtornos acarretam, compreender criticamente as vulnerabilidades vividas em decorrência de tais transtornos ou sofrimentos. Os dispositivos da rede devem ser ainda espaços de construção de autonomia e cidadania.

## METODOLOGIA

Para construção deste estudo foram selecionados artigos científicos e dissertações de mestrado, encontrados em revistas online de saúde coletiva e bibliotecas virtuais. Foram utilizados os descritores: *autonomia AND saúde mental AND serviços substitutivos* nos sistemas de busca online que resultaram na seleção de quatro artigos científicos e duas dissertações de mestrado, publicados entre 2005 e 2015 - *conforme critérios de exclusão referentes ao ano de publicação* - sendo três deles localizados no site da biblioteca virtual Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), cinco na base de dados Lilacs - sendo dois deles excluídos por repetição e um pelo critério de não estar escrito em português - e uma tese no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) do Ministério da Educação (MEC). Por fim, totalizou-se o número de seis documentos a serem analisados. A escassez de textos elencando descritores tão importantes e caros ao processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira demonstra a relevância deste estudo no sentido de sistematizar conhecimentos na área e problematizar a temática.

Como previsto no projeto de pesquisa, iniciou-se a coleta de dados pela análise dos mais importantes marcos jurídicos/

normativos que traduzem tal mudança de perspectiva de tratamento que passa a marcar a luta pela universalidade, equidade e integralidade das ações em Saúde Mental Coletiva. Para tanto foram analisadas: a Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), a Portaria nº 336 de 2002 (BRASIL, 2002), a Lei nº 10.708 de 2003 (BRASIL, 2003) e a Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011). Nesse traçado histórico de avanços no cuidado em saúde mental elencaram-se *marcadores de autonomia* os quais explicitam o paradigma da própria Reforma Psiquiátrica, que são os seguintes termos e seus derivados: *livre/liberdade, inserção/reinserção/inclusão* (seja no próprio processo de tratamento do usuário, na família ou na sociedade), *participação/controle social e atenção psicossocial ou reabilitação psicossocial*.

Tais marcadores de autonomia, após sistematizados e apresentados nas legislações elencadas, foram correlacionados as seis produções bibliográficas encontradas nas bases de dados conforme período previsto. Do cruzamento de dados e seus desdobramentos resultou a sistematização da discussão do presente estudo.

## DISCUSSÃO E RESULTADOS

### **A sistematização dos marcadores de autonomia nos marcos jurídicos legais da saúde mental coletiva brasileira**

Como já explicitado anteriormente, a Saúde Mental historicamente no Brasil, foi constituída e instituída com base em práticas manicomiais, higienistas e eugênicas mas a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica passa a ser inspirada nas ações propostas pela reforma italiana, naquele momento histórico as práticas de saúde

mental se deparam com o novo modelo de olhar e tratar a loucura inspirado pelo italiano Franco Basaglia (décadas de 70 e 80). No contexto, surge o Movimento da Reforma Psiquiátrica no país, que assenta a construção de transformações históricas no olhar dado aos sujeitos ditos "loucos". Reúnem-se diferentes segmentos da sociedade para compor as lutas e pressões para um reposicionamento do Estado frente aos usuários de saúde mental resultando no fortalecimento da sociedade civil, na reformulação dos conceitos de cuidado em liberdade para usuários com transtornos mentais e em sofrimento psíquico, além de gerar discussões sobre o encontro da loucura com os espaços públicos. Para tanto, percebem-se novos processos de negociação dos movimentos sociais com o Estado, na defesa da dignidade, cidadania e autonomias dos usuários de saúde mental.

Ao encontro disso, Campos e Campos (2006) sugerem que a autonomia é exercida à medida que os sujeitos que compõem a sociedade, em sua totalidade, tenham acesso às possibilidades de benefícios geradas pelo acesso às necessidades básicas: subsistência econômica, acesso a lazer, cultura, bens e serviços. Desta forma exige-se do Estado respostas concretas às reivindicações sociais, que, por meio de construções coletivas, instigam a base legal jurídico-normativa para uma nova configuração de tratamento em saúde mental, na valorização e integração de tudo que diga respeito ao usuário, compreendendo-o em sua complexidade e trânsito por diversas políticas públicas.

Neste sentido, após análise das legislações citadas anteriormente, pôde-se perceber que os *marcadores da autonomia* supramencionados são encontrados em sua totalidade, e repetem-se inúmeras vezes, na Lei nº 10.2016/2001 e na Portaria nº 3.088/2011.

Destaca-se ainda que os termos inserção/reinserção/inclusão e o termo psicossocial são encontrados em todas as legislações elencadas, tais ocorrências podem ser observadas na Figura 1. Cabe ressaltar que muito além de vocábulos, são termos que expressam amplamente os ideais de ruptura com o antigo modelo estabelecido para o tratamento em saúde mental e que trazem consigo a máxima de que o usuário esteja no centro de seu próprio processo de tratamento, enxergando-o como sujeito de direitos e traduzindo respeito a seus desejos e singularidades. A mudança na lógica do cuidado significa:

[...] negar a doença como o objeto exclusivo de intervenção e colocar nesse lugar a vida da pessoa. Eliminada a doença como o foco da intervenção, as possibilidades de ação devem, necessariamente, ser ampliadas. Além do tratamento, a pessoa passa a ser objeto de cuidado: um ser que porta necessidades e não apenas sintomas (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007, p. 3).

Nesse caminho, congregada pelo movimento da luta antimanicomial, destaca-se a Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.2016/2001, que após analisada no contexto do estudo, apresenta todos os *marcadores de autonomia* acima citados, e, assim, traça em seu corpo textual subsídios para a construção de autonomia junto aos usuários dos serviços de saúde mental, ao passo que descreve a necessidade de que o usuário possa receber o maior número de informações relativos à sua doença e seu tratamento, bem como a possibilidade de o sujeito com questões de saúde mental possa recorrer voluntariamente à internação, caso se faça necessário em seu processo de tratamento, e ainda, restringindo a realização de pesquisas não autorizadas expressamente pelos usuários.

Correspondente à lógica do olhar voltado para saúde e para o sujeito, tem-se um dos dispositivos de implementação da Política de Saúde Mental que são os Centros de Atenção Psicossociais, instituídos pela Portaria nº 336 de 2002. No escopo legal, também compreende-se alguns dos marcadores acima citados como a inserção familiar, social e comunitária, que dialogam intrinsecamente com as necessidades e singularidades dos usuários de Saúde Mental Coletiva e que, ao mesmo tempo, reconhecem os espaços de tratamento substitutivos ao manicômio como serviços que valorizam inserções e produções coletivas, constituindo-se, assim, enquanto espaços que instigam o processo de construção de autonomia dos usuários. Prevê-se (BRASIL, 2002, Art. 4):

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (quatro horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (oito horas) receberão duas refeições diárias.

Percebe-se, portanto, que o acolhimento no CAPS deve ser norteado a partir da construção de vínculos entre trabalhadores, usuários e familiares por meio do diálogo, da escuta e da compreensão do usuário de saúde

mental como centro do processo de cuidado. O atendimento que se desenrolará após o acolhimento deve congrega os pressupostos do firme chão legislativo até então constituído.

Tem-se também, enquanto documento que legitima a participação social e a autonomia dos usuários de saúde mental a Lei nº 10.708 de 2003, que institui o Programa de Volta para Casa com auxílio da reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. O dispositivo também fala constantemente da reintegração social das pessoas com histórico de longa hospitalização por meio de recurso financeiro, e diz respeito a uma estratégia potencializadora tanto da emancipação de pessoas com transtornos mentais, quanto do processo de desinstitucionalização e redução de leitos nos estados e municípios. A lei prevê a reinserção social e também conta com o conceito de autonomia expressamente delimitado, ao passo que, em seu artigo 4º sugere: “O pagamento do auxílio reabilitação psicossocial será suspenso: I - quando o beneficiário for reinternado em hospital psiquiátrico; II - quando alcançados os objetivos de reintegração social e autonomia do paciente”. (BRASIL, 2003, Art. 4).

Por fim, consagrando toda a luta para o desenvolvimento do novo olhar para o cuidado em saúde mental, tem-se a Portaria nº 3.088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), possuindo já em seu título um dos *marcadores de autonomia* elencados anteriormente, e estabelecendo os pontos de atenção para o atendimento dos usuários, estruturando diferentes dispositivos que se conectam e formatam-se em rede. Tal rede integra-se pelos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS) e é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Tera-



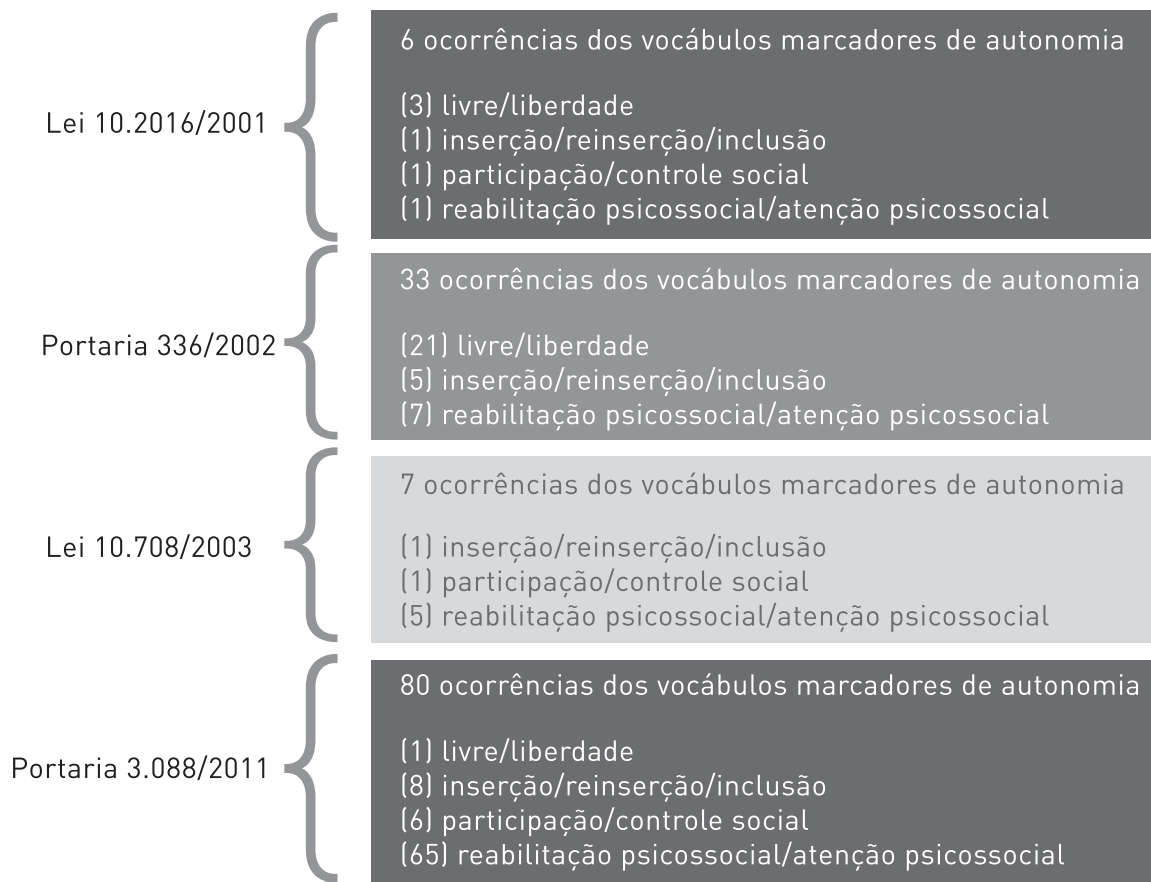
pêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em hospitais gerais, nos CAPS III). Esta portaria também explicita com frequência o termo inserção social fazendo entender que o trabalho em rede deve se desenvolver intrinsecamente ao *andar autônomo* dos usuários aos pontos de atenção disponíveis para seu cuidado.

Ao apresentar este traçado histórico de construção dos principais textos do escopo normativo legal da Saúde Mental Coletiva Brasileira, busca-se vincular a autonomia à garantia de direitos sociais, ou seja, a processos de real exercício de cidadania, onde os usuários possam enxergar-se e se fazer ser enxerga-

dos como seres histórico-sociais (ontológicos) e com potencial de reconhecimento como sujeitos de direitos coletivos. Os marcadores de autonomia foram elencados a partir do reconhecimento do surgimento do sujeito de direitos/usuário da Rede de Atenção Psicossocial Substitutiva que se imprimiu como diferente do usuário de saúde mental residente do hospital psiquiátrico privado do seu lugar social.

Para ilustrar esta construção, apresentam-se na Figura 1 os marcadores de autonomia sistematizados, junto ao número de ocorrências dos mesmos nas legislações analisadas, ressaltando-se que os mesmos marcadores serão cruzados adiante com a produção bibliográfica revisada para a investigação.

**Figura 1 - Marcadores de Autonomia das Legislações**



Fonte: As autoras (2016).

## Revisão da produção bibliográfica sobre marcadores de autonomia em saúde mental entre 2005 e 2015

No intuito de responder aos objetivos propostos neste estudo, foram analisados quatro artigos e duas dissertações de mestrado em que os descritores utilizados como marcadores de autonomia (conforme estudo da legislação apresentado anteriormente) puderam ser localizados, conforme sistematização na Figura 2.

Desta forma, objetiva-se conectar as discussões sobre autonomia dos usuários de saúde mental e a constituição destes como sujeitos de direitos sociais, com as práticas cotidianas dos serviços substitutivos e corresponsabilidade proposta no cuidado em saúde mental.

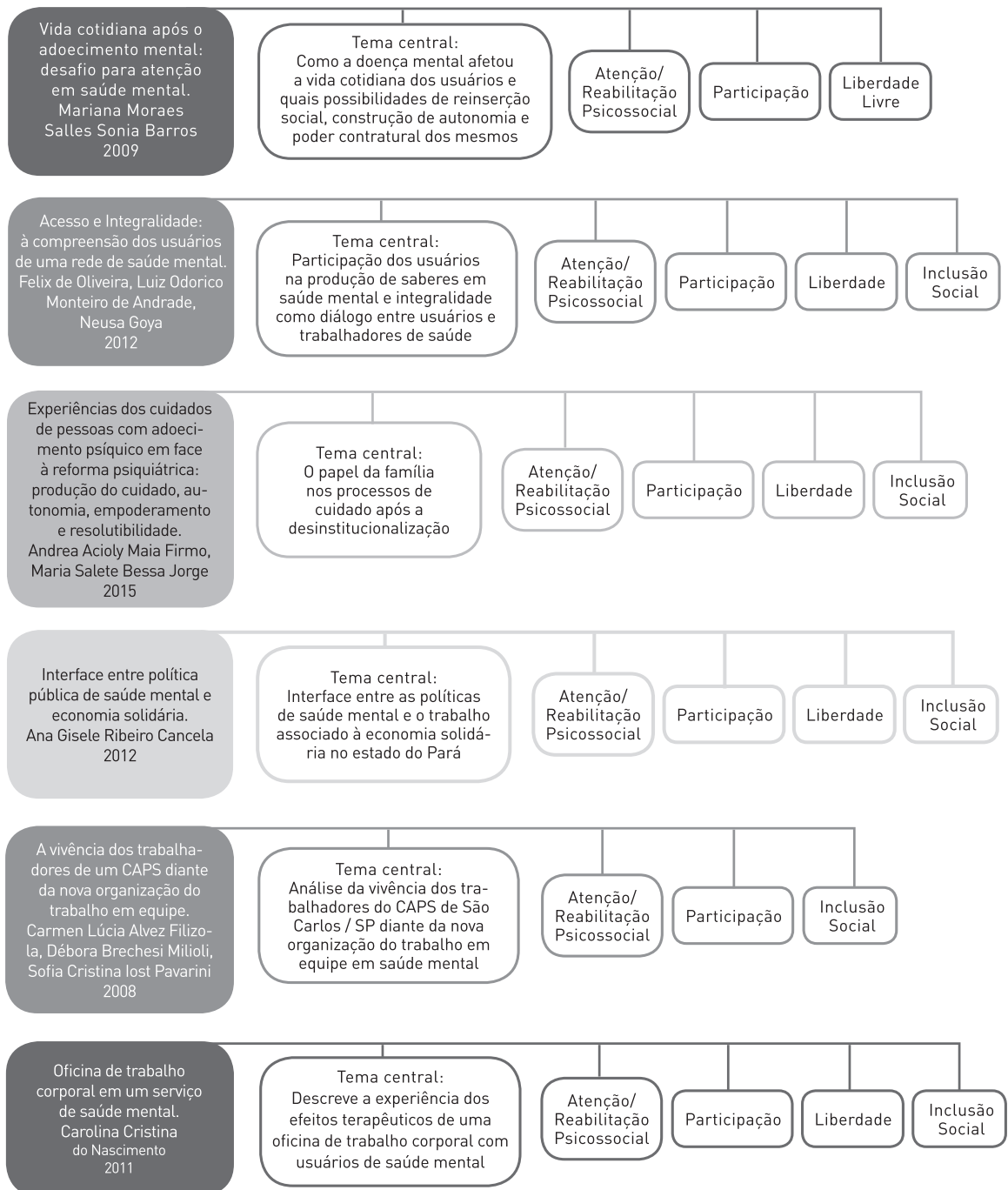
Todos os textos analisados continham os marcadores de autonomia elencados inicialmente como medida da interação do processo reformista com as práticas cotidianas dos serviços substitutivos ao manicômio. *Livre/liberdade, inserção/reinserção/inclusão* (seja no próprio processo de tratamento do usuário, na família ou na sociedade), *participação/controle social e atenção psicossocial* ou *reabilitação psicossocial* foram elementos constantes nas narrativas analisadas, visto que em sua totalidade trataram de tais ideais, traçando conectividade com as legislações elencadas anteriormente e com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Todos os artigos analisados tiveram entrevistas com os principais atores dessa lógica reformista que são os usuários, trabalhadores e familiares de usuários, o que traça fidedignidade e aproximação aos contextos cotidianos práticos vivenciados por tais sujeitos.

Na totalidade os textos revisados calcam suas posições teóricas nos marcos da Reforma Psiquiátrica e discorrem de maneira crítica ao paradigma psiquiátrico hegemônico e suas repercussões na lógica de tratamento dos usuários de saúde mental, na produção de subjetividades e do conceito de saúde/doença em nossa sociedade. Tais autores resgatam a maneira a qual o campo da Saúde Mental Coletiva veio se constituindo a partir de novos modos de *fazer saúde*, calcados no movimento reformista e falam ainda da transição do manicômio à criação de serviços substitutivos, destacando que se trata de um processo ainda em curso.

Desse modo, o final da década de 1970 a saúde mental no Brasil vem atravessando significativas transformações, quando o Movimento da Reforma Psiquiátrica defendeu mudanças no modelo clássico da instituição psiquiátrica, em relação à prática excludente instaurada, o poder médico psiquiátrico, o número excessivo de internações psiquiátricas e em defesa da implementação de uma rede de serviços comunitários, onde o trabalho é apresentado sob a perspectiva da autonomia [...] (CANCELA, 2012, p. 37).

O reconhecimento do movimento reformista e da cronologia histórica podem ser identificados na análise de todos os autores que referem o quanto as práticas em saúde mental transformaram-se após a Reforma Psiquiátrica, reconhecendo-a como um processo complexo de mudança de paradigmas, por meio de sua materialização em políticas públicas. Além disso, referem que se tem, no tratamento em saúde mental descentralizado na rede de atenção psicossocial, uma de suas principais conquistas ao deslocar o

**Figura 2 - Marcadores de Autonomia das Produções Textuais**



Fonte: As autoras (2016).

objeto da ação profissional da doença para as singularidades dos sujeitos, conforme dizem Firmo e Jorge (2015, p. 219):

[...] as mudanças advindas da Reforma perpassam dimensões políticas, sociais, culturais e clínicas que, por sua vez, compõem o projeto de transformação social e subjetiva, imprescindíveis para que o campo da saúde mental não incorra no risco de deixar-se atrair pela força da burocracia e da institucionalização.

No entanto, como todo processo de implementação do novo ainda há muito que avançar para concretização e expansão dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, Oliveira et al., (2012) enfatizam o estigma e o preconceito ainda vividos pelos usuários de saúde mental em seus processos de adoecimento e tratamento, muitas vezes reduzindo o cuidado somente aos sintomas, e levando a processos de exclusão de espaços de convivência social, bem como do mercado de trabalho. Cancela (2012) também cita a necessidade de persistir no rompimento dos preconceitos enraizados na sociedade e cristalizados com restrições ao convívio social dos usuários de saúde mental, principalmente no que tange a espaços de cultura, lazer e trabalho, o qual é temática central na dissertação da autora. Também nessa direção, Barros e Salles (2009, p. 16) constroem seus escritos sob a visão de como o adoecimento mental e o sofrimento psíquico podem afetar a vida cotidiana dos usuários e quais as possibilidades de reinserção social deles, destacam:

O processo de reabilitação psicossocial refere-se à possibilidade do paciente exercer a cidadania e adquirir autonomia, formação profissional, capacidade social, bens mate-

riais. Constitui-se na capacidade das pessoas de exercer plenamente seus direitos, construir a própria habilidade de acesso ao valor, no caminho da emancipação.

Na busca por criar porosidades que venham ao encontro no sentido de reabilitação psicossocial dos sujeitos com transtornos mentais e sofrimento psíquico na sociedade, todos os textos revisados observam que se faz necessário, em um processo de construção conjunta de autonomia, criarem-se relações de contratualidade, respeito, confiança e corresponsabilidade com os usuários, para que passem a se responsabilizar por trilhar seus próprios caminhos de cuidado, com auxílio dos dispositivos da rede de saúde, com a atenção dos trabalhadores com a articulação de diferentes políticas públicas e contando com os laços sociais, que compõem sua rede primária de cuidado. A produção textual de Nascimento (2011) complementa tal visão ao versar sobre a reabilitação no sentido do resgate de autonomia por meio de práticas físicas, materializadas em oficinas focadas na abordagem corporal, mas que, permitam aos usuários expressar também suas subjetividades e singularidades.

Para tanto, faz-se necessário a compreensão de que os sujeitos só são autônomos quando tem possibilidade de agir no mundo como sujeitos políticos, de desejos, de rupturas e de resistência e que é desta forma que devem ser cuidados, respeitados e corresponsabilizados em seu exercício de cidadania. Barros e Salles (2009) referem que a responsabilidade com ações cotidianas traz em algum nível a capacidade de independência, mas cuidados com a casa ou realizar atividades de lazer podem vir a ser ações solitárias e individuais e que

a potência de pensar-se sujeito a partir de desejos e projetos de futuro, de expandir e intensificar relações com o outro, de encontrar prazer nas pequenas coisas e ter liberdade e possibilidade de fazer escolhas a sua maneira são geradores de maiores níveis de autonomia e de possibilidades reais de inserção social, que estão contidas nos detalhes da vida cotidiana.

Desta forma, o usuário pode apropriar-se de sua condição de sujeito social partícipe de um processo sócio-histórico, trazendo singularidades ao seu processo de tratamento e autonomia para responder quanto ao fluir de sua vida. Oliveira, Andrade e Goya (2012) retomam a condição de sujeito social quando nos falam da importância das instâncias de controle social dos usuários sob as políticas e práticas instituídas, e que há a necessidade de que os espaços de participação sejam mais bem trabalhados para fazer sentido aos usuários. Ao encontro disso:

[...] ressalta-se, portanto, a necessidade de haver um entrelaçamento entre estratégia de cuidado e estratégias de responsabilização ou interpelação dos sujeitos, tudo isso com vistas à ampliação de autonomia e do empoderamento dos mesmos, afinal a transformação social se dá por meio da participação e comprometimento, a partir da necessidade sentida e que se amplia nas potencialidades de mudança sociopolítica (FIRMO; JORGE, 2015, p. 226).

Portanto, percebe-se a necessidade de transformar as práticas cotidianas das redes de serviços, traçando maior enfoque na gestão compartilhada, no protagonismo, na corresponsabilização, no estabelecimento de vínculos e na participação coletiva no

processo de gestão e produção da saúde. Para tal, Cancela (2012) diz ser essencial continuar o amadurecimento teórico e político da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A leitura dos escritos dos autores, Firmo e Jorge (2015, p. 19), torna possível envolver diferentes instâncias na pactuação do cuidado como por exemplo: "compreender o lugar da família nos arranjos de cuidado apresenta-se como questão central para o processo da desinstitucionalização.", os autores afirmam ainda que o "cuidado não se faz unilateralmente" e, é nessa perspectiva que é possível falar em corresponsabilidade, de equipes, de familiares, de usuários, de comunidades, de gestores e de políticas públicas. Demais autores analisados no estudo enfocam também a importância de fortalecimento dos laços familiares.

Além disso, todos os autores estudados referem que os espaços institucionais de cuidado em liberdade tem o papel de incentivar o usuário a estabelecer contraturalidades e assim empoderá-lo no sentido da autonomia, Cancela (2012) refere inclusive que os espaços são produtores de laços, vínculos, trocas sociais e rompimentos cotidianos com a lógica social hegemônica. Deste modo, têm-se os serviços substitutivos como espaços de construção de autonomia e cidadania e não devem corresponder a mais um espaço de tutela dos desejos dos sujeitos. Neste sentido Oliveira, Andrade e Goya (2012) falam-nos da necessidade de não somente expandir os serviços substitutivos de saúde mental, mas também qualificar os processos de trabalho construídos, ao encontro disso Cancela (2012) reitera o papel reflexivo que os serviços devem possuir sob seu próprio trabalho, buscando fortalecer sua identidade de maneira uniforme. Também sob essa ótica, Nascimento (2011) refere à necessida-

de de avançar na construção de um conceito unificado de autonomia, porque, por vezes, não existe consenso nas diretrizes terapêuticas das equipes, o que acarreta em diferentes maneiras de olhar e cuidar dos sujeitos.

Os autores Firmo e Jorge (2015, p. 222) afirmam que: “[...] a produção de cuidado nos processos de trabalho pode gerar interações e subversões potencialmente emancipatórias ou restritivas de múltiplas liberdades humanas”. Tal ideia é complementada em outro artigo revisado quando os autores Barros e Salles (2009) referem o quanto as estruturas normativas institucionais podem vir a repetir o caráter de tutela e controle referentes à práticas manicomialis. Para que isso não aconteça se faz necessária a implicação do usuário em seu processo de tratamento, pois:

[...] sem apropriação ou o conhecimento das compreensões dos usuários sobre atenção em saúde mental, não é possível aos sujeitos usuários assumirem o protagonismo para a efetivação de uma atenção em saúde mental que coadune com os princípios e diretrizes do Sistema único de saúde e com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica (OLIVEIRA; ANDRADE; GOYA, 2012, p. 9).

Segue o fio condutor em todos os documentos analisados, ao referirem como ferramenta de trabalho e produção de contraturalidades o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que possibilita olhar para o sujeito do cuidado em sua integralidade envolvendo todas as instâncias implicadas no processo, perpassando contextos históricos, econômicos, sociais, biológicos, psicológicos, familiares e culturais. Neste viés, Nascimento (2011) refere que os trabalhadores devem estar dispostos a conhecer as condições histórico-culturais dos usuários,

pois, acredita-se que a partir disso seja possível pensar estratégias coletivas do tratamento em saúde, comprometendo diferentes atores a *tirar do papel* os pressupostos descritos nos marcos jurídicos legais, colocando suas diretrizes em prática, conjugando maneiras libertárias e transformadoras de cuidado em saúde mental.

Portanto, o PTS tem o sentido de potencializar a participação autônoma do usuário em seu processo de tratamento, visto que se pretende dialogar com suas opiniões, projetos de vida e expectativas referentes ao mesmo. No entanto, torna-se tarefa complexa, primeiramente, pois historicamente esse usuário nunca se encontrou no papel de partícipe de seu processo de tratamento, de verbalizar seus desejos, de gritar sua voz e sofrimento, e, por inúmeras vezes, não sabe como ocupar este lugar; somado a isso se existem interesses e atravessamentos políticos e econômicos que *se esforçam* para silenciar suas vozes.

Entretanto, segue-se na busca pela implementação, na prática, do serviço substitutivo especializado proposto pela Reforma Psiquiátrica, o qual conta com uma equipe multidisciplinar qualificada, que viabilize o trabalho no sentido da interdisciplinaridade, e que busque, por meio de um olhar crítico – das equipes, gestores e usuários – avaliar os serviços prestados, e constituir-se na rede de serviços enquanto uma das possíveis referências na atenção em saúde mental. Ao encontro do que é preconizado nas políticas públicas:

A ideia fundamental aqui é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas

desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. Para a organização desta rede, a noção de território é especialmente orientadora (BRASIL, 2005, p. 26).

Destaca-se o trabalho em equipes e também em redes enquanto elementos essenciais para construção de autonomia dos usuários, para tanto se exige o empenho de promover diálogos entre as diferentes áreas do saber e fazer, socializando os fenômenos relevantes em cada área, compartilhando diferentes entendimentos a fim de atingir um objetivo comum, contemplando uma lógica intersetorial inserida no trabalho de uma equipe multidisciplinar. Tal norte vem ao encontro do que pontuam Filizola, Milioni e Pavarini (2008, p. 7) no artigo sobre o trabalho em equipe na saúde que se apresenta como "uma rede de relações entre pessoas, relações de poderes, saberes, afetos, e desejos". Desta forma entende-se que trabalhar em equipe implica em se relacionar, no sentido de desenvolver uma tarefa em conjunto, tendo esta que ser maior do que a soma das parcelas de trabalho de cada um da equipe. No entanto, tais autores pontuam a dificuldade de rever-se enquanto instituição diante de condições de trabalho precárias, extensas jornadas de trabalho, falta de investimentos em recursos humanos e materiais, grande número de contratações temporárias, flexibilização do trabalho, entre outros fatores que influenciam diretamente na qualidade dos serviços prestados pelos trabalhadores.

Somado a isso, sabe-se que nas práticas cotidianas do cuidado em saúde mental há

grande complexidade em construir noções de autonomia, pois em meio a diferentes expressões do sofrimento psíquico, a delírios, alucinações, surtos psicóticos, recorrentes internações em hospitais gerais e manicômios, podem trazer aos usuários condições de dependência de outrem ou serviços e/ou necessidade de algum grau de tutela, ao passo que podem vir a estar com seu senso crítico perturbado em determinados momentos.

A partir dos documentos analisados, concluímos que esses são possíveis motivos que enfatizam o quanto ainda há para avançar no que tange a organização dos processos de trabalho nos serviços substitutivos da rede de atenção psicossocial, para que esta complexidade seja abarcada. Além disso, percebe-se a necessidade de avançar técnica e politicamente nas discussões, nos investimentos públicos em saúde mental, na defesa do SUS humanizado e igualitário como norte diretivo de todas as equipes e, ainda, em um maior consenso na construção de práticas autônomas no cotidiano de trabalho. Nascimento (2011) fala ainda, em avançar na ampliação do conceito da desinstitucionalização, para que esse siga sendo objetivo e inspiração para o movimento reformista.

Nascimento (2011) lembra-nos ainda sobre a necessidade de investir em ações que vão além das paredes das instituições, para que não se corra o risco de se instalar o ambiente ambulatorial e a lógica manicomial em espaços substitutivos de cuidado em saúde mental. Para, além disso, deve haver a revisão crítica e constante das práticas profissionais e das equipes para que os processos de trabalho não se engessem em lógicas retrógradas.

Este estudo visou reafirmar as possibilidades e discutir os desafios para inscri-

ção do conceito de autonomia como direito social nas práticas cotidianas em saúde mental, destacando a importância de problematizar processos de trabalho já instituídos nos serviços substitutivos. Propôs-se ainda a analisar avanços a partir do escopo legal brasileiro, e discutir suas diretrizes, considerando lutas travadas até o presente momento no campo da Saúde Mental Coletiva por um tratamento mais digno e autônomo a seus usuários. Neste viés, Firmo e Jorge (2015, p. 226) referem que:

[...] a interface entre as dimensões clínica e política se apresenta fragilizada, posto que o diálogo entre sujeitos e o contexto institucional, isto é, o serviço, a rede, a gestão e a política pública, necessita ser mais bem implementada e sustentada, a fim de ajudar o serviço e a rede a apoiarem o paciente e sua família na construção da autonomia, participação e empoderamento, inclusive ao pensar seus itinerários terapêuticos e a organização dos serviços de saúde.

Por fim, ainda está se buscando trilhar novos caminhos para que a loucura possa ser reconhecida como parte do tecido social e acredita-se que aqueles que acompanham os usuários cotidianamente fazem parte desta luta pela criação e qualificação de políticas públicas que propulsionem este cuidado na prática, e não deixem de investir nas potencialidades dos usuários das políticas públicas. Movimentos antirreformistas seguem se fortalecendo na atual conjuntura, favoráveis a investimentos em instituições totais com funcionamentos manicomiais, perpetuando a violação não só dos marcos legislativos já existentes da saúde mental, mas também, dos direitos humanos básicos,

como o convívio social e o exercício de cidadania. Defende-se, portanto, a autonomia no sentido da garantia de direitos dos usuários, considerando tais disputas constantes de forças de progresso e conservadorismo que compõe, de forma dialética, o plano de fundo dos processos de atenção e gestão em Saúde Mental Coletiva.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo propiciou uma sedimentação do conhecimento sobre as representações do conceito autonomia expressas nas práticas recentes de cuidado em saúde mental e sobre os desafios de construí-las no cotidiano dos serviços substitutivos, após conquistas de diferentes legislações brasileiras e principalmente da implementação da Lei da Reforma Psiquiátrica em 2001. No entanto, tal estudo demonstrou especialmente a visão daquilo que ainda precisa ser aprofundado, considerando-se o baixo número de documentos localizados nas bases de dados pesquisadas no período proposto. Acredita-se que tal fator expressa a dificuldade que o reconhecimento da autonomia e dos direitos sociais dos usuários em saúde mental ainda enfrenta no meio acadêmico, daí a relevância da investigação e aprofundamento na temática.

Além disso, os poucos documentos encontrados convergem indicando a necessidade de seguir construindo práticas libertárias e autônomas, calcadas nos pressupostos da luta antimanicomial brasileira. Desta maneira, revelam a urgência da produção de conhecimento crítico sob tais práticas, reafirmando as lutas travadas até este período histórico e a potência



das noções de autonomia vinculadas ao surgimento e avanços dos direitos sociais dos usuários da Rede de Atenção Psicossocial Substitutiva.

O arcabouço teórico do conjunto de autores analisados neste artigo explicita que a construção do Sistema Único de Saúde e a posterior regulamentação das ações em Saúde Mental Coletiva foram, em certa medida, uma alternativa de resistência a direcionamentos mercantis, manicomiais e restritores de autonomia históricos no campo de práticas de saúde, a maior mudança proposta traça uma lógica de acesso igualitário e da constituição do sujeito sob a ótica dos direitos sociais. No entanto, cabe e pode se questionar até que ponto o cenário atual da Saúde Mental Coletiva ainda guarda em si raízes policialescas, higienistas e cooptadas pela lógica produtivista do grande capital, mais uma vez dando movimento à lógica perversa de priorizar o investimento no crescimento econômico do país, deixando em segundo plano reais avanços na expansão e qualificação dos serviços de saúde. Os paradoxos/dualidades presentes no campo da Saúde Mental Coletiva coabitam as diferentes dimensões indicando a complexidade e desafios de materialização dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Destaca-se, portanto, que as disputas referentes ao contexto político-econômico vivido em determinada época atravessam e desafiam as práticas cotidianas em saúde mental, repetindo disputas de projetos societários que caminham paralelos uns aos outros, no sentido de não possuírem pontos convergentes em uma mesma direção. A partir da sistematização deste estudo bibliográfico reconhece-se que a cena contemporânea mostra-se contraditória.

De um lado o processo histórico de lutas coletivas e avanços em prol da democracia do país, reafirmados por meio dos marcadores de autonomia contidos nos textos legais apresentados neste estudo, e nas práticas de saúde mental coletiva brasileira; e, de outro lado uma conjuntura política e técnica desafiante para dar-se continuidade à implantação dos parâmetros da Reforma Psiquiátrica até então conquistados. Desta forma, acredita-se ainda, que a investigação pode contribuir para a problematização sobre a efetivação dos marcadores de autonomia, para além de sua inscrição no escopo legal brasileiro, dando passos no sentido de legitimar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica como linha de frente das atuações multiprofissionais em Saúde Mental Coletiva.

Em tempos de retrocessos explícitos aos direitos sociais, materializados nas restrições às políticas públicas brasileiras, percebe-se a necessária reafirmação dos princípios de liberdade, inserção social, participação, controle social e atenção psicossocial, para que sigam sendo prioridade no tratamento em saúde mental e avancem para além da força de suas terminologias, no sentido de pautar ideais de qualificação dos processos de cuidado com os usuários de saúde mental. Para tanto, faz-se necessário romper com heranças histórico-culturais da lógica manicomial, da tutela e da exclusão da loucura para que se siga no caminho de avanços aos direitos sociais dos usuários de saúde mental. Políticas conservadoras ameaçam às conquistas sociais pautadas no escopo jurídico legislativo brasileiro, dando indícios de um desmonte das conquistas em um movimento elíptico, de reprodução de condições historicamente já superadas, a partir da

instituição de velhos modelos com novas roupagens. O movimento ocorre com frequência em nosso país, marcados por interesses políticos e econômicos, e, fazem com que a possibilidade de caminhar para frente seja atravessada por pautas conservadoras que trazem o retrocesso.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar; COELHO, Maria Thereza Avila; PERES, Maria Fernanda Tourinho Peres. O conceito de saúde mental. **Revista USP**, São Paulo, n. 43, set./nov., 1999.

ALVES, Tarcísia Castro; OLIVEIRA, Walter Ferreira de; VASCONCELOS, Eduardo Mourão. A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 51-71, 2013.

BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de; SILVA, Ana Luisa Aranha e. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, 2007. Edição especial.

BARROS, Sonia; SALLES, Mariana Moraes. Vida cotidiana após o adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 11-16, 2009.

BEZERRA JÚNIOR, Benilton. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: BEZERRA JÚNIOR, Benilton; AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 113-126.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 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] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 abr. 2001. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio reabilitação para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 jul. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 fev. 2002. Seção 1. p. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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). Brasília, DF, 23 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, DF, 2005. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.

CAMPOS, Rosana Teresa Onoko; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CANCELA, Ana Giselle Ribeiro. **Interface entre políticas públicas de saúde mental e economia solidária**: a inserção socioprodutiva de pessoas

com transtornos mentais. 2012. 130 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Belém, 2012.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

EMERICH, Bruno Ferrari; CAMPOS, Rosana Onocko; PASSOS, Eduardo. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 685-696, set. 2014.

FILIZOLA, Carmen Lúcia Alvez; MILIONI, Débora Brechesi; PAVARINI, Sofia Cristina Iost. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v.10, n. 2, p. 491-503, 2008.

FIRMO, Andrea Acioly Maia; JORGE, Maria Salete Bessa. Experiências dos cuidados de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica: produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 217-231, 2015.

HIRDES, Alice. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 165-171, 2009.

NASCIMENTO, Carolina Cristina do. **Oficina de trabalho corporal em um serviço de saúde mental**. 2011. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

OLIVEIRA, Felix de; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; GOYA, Neusa. Acesso e integralidade:

a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 21, p. 3069-3078, nov. 2012.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do serviço social**. 3. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2009.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão; ALVES; Tarcísia Castro; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 51-71, 2013.