

## Desinstitucionalização como conceito em disputa: compreensão dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial

*Deinstitutionalization as a disputed concept: understanding of professionals from a mental health service*

*Desinstitucionalización como concepto en disputa: comprensión de los profesionales en una Unidad de Atención Psicosocial*

Letícia Ramos da Silva<sup>I</sup> ; Tiago Braga do Espírito Santo<sup>II</sup> ; Clarissa Terenzi Seixas<sup>III</sup> 

<sup>I</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil; <sup>II</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil;

<sup>III</sup>Université Paris Cité. Paris, França

### RESUMO

**Objetivo:** identificar e analisar a compreensão dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial acerca da desinstitucionalização. **Método:** estudo exploratório de abordagem qualitativa, realizado em um Centro de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi realizada em 2019, por meio de entrevista semiestruturada com dez trabalhadores do serviço. Utilizou-se análise temática de conteúdo para análise dos dados. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** os profissionais do serviço compreendem a desinstitucionalização alinhada à desconstrução de paradigmas, possibilitando mudanças nas práticas dos trabalhadores. No entanto, há profissionais que compreendem a desinstitucionalização como sinônimo de desospitalização de pessoas que passaram por longas internações em hospital psiquiátrico, o que pode contribuir para a persistência de práticas manicomiais no cotidiano do serviço. **Considerações finais:** a desinstitucionalização apresentou-se como um conceito-ferramenta que coloca em ação modos de cuidado produtores de vida em liberdade.

**Descritores:** Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Desinstitucionalização.

### ABSTRACT

**Objective:** to identify and analyze the understanding of workers from a Psychosocial Care Center about deinstitutionalization. **Method:** exploratory study with a qualitative approach, carried out in a Psychosocial Care Center in the city of Rio de Janeiro. Data collection was carried out in 2019, through a semi-structured interview with ten service workers. Thematic content analysis was used for data analysis. The research protocol was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** professionals from the service understand deinstitutionalization aligned with the deconstruction of paradigms, enabling changes in workers' practices. However, there are professionals who understand deinstitutionalization as synonymous with dehospitalization of people who have been hospitalized for long periods in a psychiatric hospital, which can contribute to the persistence of asylum practices in the daily routine of the service. **Final considerations:** deinstitutionalization was presented as a concept-tool that puts into action modes of care that produce life in freedom.

**Descriptors:** Mental Health; Mental Health Services; Deinstitutionalization.

### RESUMEN

**Objetivo:** identificar y analizar la comprensión de los trabajadores de una Unidad de Atención Psicosocial sobre la desinstitucionalización. **Método:** estudio exploratorio con enfoque cualitativo, realizado en una Unidad de Atención Psicosocial de la ciudad de Río de Janeiro. La recolección de datos se realizó en 2019, mediante una entrevista semiestructurada con diez trabajadores de ese servicio. Para el análisis de los datos se utilizó el análisis de contenido temático. El Comité de Ética en Investigación aprobó el protocolo de investigación. **Resultados:** los profesionales del servicio comprenden la desinstitucionalización acorde con la deconstrucción de paradigmas, posibilitando cambios en las prácticas de los trabajadores. Sin embargo, hay profesionales que entienden la desinstitucionalización como sinónimo de deshospitización de personas internadas durante largos períodos en un hospital psiquiátrico, lo que puede contribuir a la persistencia de prácticas típicas de manicomios en el cotidiano del servicio. **Consideraciones finales:** la desinstitucionalización se presentó como un concepto-herramienta que pone en acción modos de cuidado que producen vida en libertad.

**Descriptores:** Salud Mental; Servicios de Salud Mental; Desinstitucionalización.

## INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), iniciada no final da década de 1970, propôs a reconfiguração do modelo de atenção à saúde mental, destacando a Atenção Psicossocial como uma forma de produzir o cuidado, operando a desinstitucionalização e a construção de autonomia do sujeito<sup>1</sup>.

Contudo, mesmo considerando seus avanços, afirma-se o intenso campo de disputas de interesses, de modelos e de recursos públicos quando são identificados os agenciamentos epistemológicos, sociais, políticos e no modelo de

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro – Brasil (FAPERJ) – Processo nº: E-26/010.001313/2019.

Autora correspondente: Letícia Ramos da Silva. Email: [le.ramoss04@gmail.com](mailto:le.ramoss04@gmail.com)

Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editora Associada: Cintia Silva Fassarella

produção do cuidado. De um lado, representações populares, grupos de trabalhadores, o movimento da Luta Antimanicomial e acadêmicos alinhados à Reforma; do outro, representantes da psiquiatria tradicional que defendem a perpetuação do aparato manicomial<sup>2,3</sup>.

Por consequência, evidencia-se a parcial adoção dos pressupostos da Reforma como orientadores das formações profissionais, das políticas públicas e dos processos de trabalho nas instituições. Nesta conjuntura, sobretudo após 2015, percebe-se a instauração de uma agenda antirreformista na Política Nacional de Saúde Mental, que reacende a imperiosa necessidade do debate acerca do cuidado em liberdade e da desinstitucionalização<sup>2,3</sup>.

O conceito de desinstitucionalização surgiu nos EUA, por meio da retirada das pessoas das internações das instituições psiquiátricas, direcionando-as para serviços na comunidade. Entretanto, esta compreensão não contestou o saber psiquiátrico nem integrou a vida em comunidade como clínica<sup>4</sup>. Foi com a Psiquiatria Democrática Italiana que a desinstitucionalização passou ser relacionada à desconstrução do aparato manicomial para além das suas estruturas físicas, servindo de inspiração para o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, em seu viés antimanicomial<sup>5</sup>.

Desinstitucionalizar é um processo de transformação das relações de poder entre a instituição e os sujeitos, deslocando o olhar da doença para a existência-sofrimento. Afasta-se da cura para focar na invenção da saúde, na produção de vida, na utilização de espaços coletivos de convivência no território. Trata-se de potencializar os papéis sociais possíveis e priorizar a produção de autonomia e de novas formas de estar no mundo<sup>6</sup>.

A Portaria nº 3088/2011, ao definir os pontos de atenção da RAPS, determinou que o eixo Desinstitucionalização é composto pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e pelo Programa de Volta para Casa (PVC)<sup>7</sup>. Contudo, o descrito pela portaria difere do entendimento de desinstitucionalização que inspirou a Reforma Psiquiátrica Brasileira, visto que não cabe somente aos dois serviços sua efetivação, mas sim a todos os profissionais, que devem estar comprometidos com uma prática cotidiana dentro de todos os dispositivos da Rede.

A contradição entre o estabelecido no marco regulatório da RAPS e o definido no campo teórico-prático se apresenta como uma questão para o cotidiano dos dispositivos de saúde mental: afinal, qual conceito de desinstitucionalização deve ser efetivado? A desinstitucionalização é um tema que diz respeito apenas aos SRTs e ao PVC ou deve sustentar todo o trabalho na atenção psicossocial?

Partindo dessas questões, o presente estudo toma como objetivo identificar e analisar a compreensão dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial acerca da desinstitucionalização.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa. O cenário foi um CAPS II no município do Rio de Janeiro. Para a obtenção de um amplo panorama acerca da compreensão do conceito e pelo caráter multiprofissional do dispositivo<sup>7</sup>, a investigação foi realizada com todos os trabalhadores da instituição (dez profissionais), incluindo enfermeiros, assistentes sociais, cuidadores, psicólogos, assistentes sociais e administradores.

Para a coleta dos dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas<sup>8</sup> que integraram questões acerca da compreensão dos profissionais sobre o conceito de desinstitucionalização; como as práticas contribuíam para a desinstitucionalização; e como os desejos dos usuários eram validados.

Os participantes foram convidados pessoalmente para a pesquisa e as entrevistas foram realizadas no serviço, no período de janeiro a março de 2019. As entrevistas, com duração média de 60 minutos, foram gravadas em meio digital e transcritas na íntegra. O *Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research* (COREQ)<sup>9</sup> foi utilizado para subsidiar o percurso metodológico. Os dados foram analisados pela análise temática de conteúdo de Bardin e foram estabelecidas categorias analíticas que serão apresentadas nos resultados<sup>10</sup>.

A pesquisa teve início após aprovação de seu protocolo da Comissão de Ética em Pesquisa da instituição envolvida. O estudo contemplou os princípios éticos determinados na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde<sup>11</sup>. Para a preservação do anonimato, os participantes foram identificados por letras e categorias profissionais.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados apresentados a seguir estão relacionados à compreensão dos trabalhadores acerca do conceito de desinstitucionalização. Da análise temática de conteúdo, emergiram duas categorias analíticas: 1. desinstitucionalização alinhada ao conceito de desospitalização; e 2. desinstitucionalização alinhada à desconstrução de paradigmas.

### Desinstitucionalização alinhada ao conceito de desospitalização

Esta categoria trata da compreensão dos trabalhadores acerca da desinstitucionalização, em uma lógica atrelada ao conceito norte americano que se aproxima da desospitalização. Esse alinhamento é percebido na fala dos trabalhadores quando questionados sobre o que é e como é efetivada a desinstitucionalização na unidade:

*A equipe está sempre em contato com os usuários que ainda estão nos manicômios para fazer essa desinstitucionalização. (P4 - Assistente Social)*

*A ideia da desospitalização é a principal, pensar em casos que tenha uma hospitalização de longa data, porque normalmente se entende que hospitalizações de longa data, independente dos casos (...) tem maiores chances de tornar os sujeitos institucionalizados. (P7 - Cuidador)*

As falas dos entrevistados evidenciam que aqueles que foram internados em hospitais psiquiátricos são desinstitucionalizados quando saem dos manicômios. Esta compreensão, contudo, desconsidera a complexidade do processo e desinstitucionalização<sup>12</sup> uma vez que o fechamento de instituições psiquiátricas hospitalares não garante a adoção de práticas não manicomiais, que podem ser perpetuadas na produção do cuidado nos mais diversos dispositivos<sup>13</sup>.

O aparato manicomial perdura, independente de sua estrutura arquitetônica, convocando problematizações constantes das práticas profissionais, de modo a direcioná-las à crítica do lugar da loucura na sociedade. As instituições e suas práticas devem estar à altura do novo objeto de cuidado: a vida dos sujeitos<sup>6</sup>.

Com isso, é necessário ir além da ideia da desospitalização, visto que esta relaciona-se com a permanência da lógica manicomial, pela continuidade das práticas excludentes e segregatórias utilizadas nos Hospitais Psiquiátricos, e reproduzidas em outros serviços de saúde mental na comunidade. Nesse sentido, permanece a característica da instituição de violência, no qual os profissionais de saberes psiquiatrizantes detêm o poder na relação com os sujeitos.

### Desinstitucionalização alinhada à desconstrução de paradigmas

Esta categoria analítica aborda a compreensão dos trabalhadores acerca da desinstitucionalização como um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas, pela invenção prático-teórica de novas formas de lidar com o sujeito com sofrimento psíquico, de acordo com o defendido pela Psiquiatria Democrática Italiana e pela Reforma Psiquiátrica Brasileira Antimanicomial. Para tanto, a doença mental é colocada entre parênteses, questionando a cura, o isolamento, a medicalização, a tutela e a desqualificação do sujeito. O foco é a invenção de vida e a produção social, potencializando desejos e produzindo novas formas de estar no mundo<sup>4</sup>.

Observa-se que os trabalhadores dos CAPS adotam esse conceito, explicitado nas falas a seguir:

*Cada um é um, [o] diagnóstico, ele não é secundário para mim, ele é terciário. Enfim: é a pessoa. Eu chego, eu não quero saber qual é o CID dele. Eu vou e depois eu pego o prontuário, vejo o que é, leio a história. O que importa é o sujeito que está ali. (P2 - Enfermeira)*

*A gente até estudou um texto aqui no CAPS (...) pensar desinst como uma linha de cuidado (...) não como desospitalização, mas como uma desinstitucionalização das práticas, das equipes e dos profissionais, então ela vai de fato pensar isso como uma direção de trabalho. (P5 - Psicóloga)*

Essa compreensão de desinstitucionalização propõe uma ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional, reafirmando outro modo de produzir cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico, alinhado à produção de vida e de autonomia. Esta última é reforçada pelos trabalhadores para a efetivação da desinstitucionalização, quando afirmam que desinstitucionalizar:

*É permitir que ele tenha, a cada dia, mais autonomia. Se nesse momento a gente precisa tá junto, acompanhar, ótimo; amanhã, se a gente precisar acompanhar menos, melhor ainda; depois de amanhã se ele puder ir sozinho e a gente tiver a consciência de também acompanhar isso (P3 - Administradora).*

A autonomia vincula-se à capacidade dos sujeitos produzirem normas e ordens para suas vidas. Nesse sentido, não está relacionada à independência ou à autossuficiência, mas sim à dependência de relações interpessoais e todos os elementos que possibilitarem o resgate da contratualidade como elemento fundamental de mediação das relações sociais<sup>14</sup>.

O CAPS pode potencializar a produção de autonomia, proporcionando aos sujeitos a (re)construção de laços sociais, familiares e comunitários, para que sejam protagonistas de suas vidas. Para isso, é preciso que os profissionais estejam abertos e disponíveis para que esse processo seja realizado no tempo de cada sujeito, a partir da sua própria trajetória de vida e de seu convívio social. A desinstitucionalização alinhada à construção de novas formas de estar no mundo, também aparece nas seguintes falas:

*Se desejo é uma forma de se colocar no mundo para onde suas paixões vão apontando, eu acho que a desinst é importante no sentido da gente poder construir novas formas dessa pessoa estar no mundo, logo novas formas dela poder desejar e desejar no mundo (...) Mas passa por isso também da pessoa poder se inscrever na sociedade de maneira acompanhada e pensando numa maneira que tenha sentido para ela, enfim, que ela possa construir uma vida. (P6 - Psicólogo)*

*É um exercício contínuo de não cronificação e de inventividade, de você estar sempre disponível e flexível para poder inventar novas formas de estar no mundo e de pensar sua inserção no mundo (...) desinst, hoje em dia, é isso. (...) Quando a gente tenta pensar o CAPS como promotor de vida sempre, isso é uma forma da gente ter como norte a desinstitucionalização. (P5 - Psicóloga)*

Ao produzir novas formas de sociabilidade e de conexões existenciais, os sujeitos aumentam suas potências na fabricação da vida<sup>15</sup>. Para tanto, é necessária mútua disponibilidade para o encontro entre trabalhadores e usuários, a fim de ampliar vínculos e experimentações dos diferentes modos de existência. O vínculo é fundamental para a compreensão dos usuários como interlocutores válidos e reconhecimento de seu autogoverno, basilar para a desinstitucionalização.

Os modos de estar no mundo estão alinhados à compreensão desinstitucionalizante da saúde, pois vincula-se ao estoque de recursos que dispomos para levar a vida da melhor maneira possível. Com isso, para que haja produção de saúde, é preciso ter bons encontros, projetos de vida e possibilidade de viver (e sustentar subjetivamente) ganhos e perdas<sup>15</sup>.

Nesse sentido, desinstitucionalizar é negar o corpo disciplinado, passivo e normativo. Recusar estes limitadores alarga a disponibilidade e abertura de encontros que viabilizam a construção de novas maneiras de afetar e ser afetado. Para isso, é necessário estar aberto à diferença, promover sociabilidade, ampliar os territórios existenciais e ativar a força-invenção da vida, construindo improvisações e inventividade frente às formas de vida e do cotidiano da sociedade de controle<sup>16</sup>.

Pensar a desinstitucionalização na lógica da sociedade de controle, que desconstrói os muros que definiam as instituições da sociedade disciplinar, é refletir sobre como o poder é exercido pela introjeção de filtros que sequestram os desejos e cerceiam multiplicidades (cor da pele, gênero, classe e do lugar socialmente aceito para a loucura). Não são regras cristalizadas de conduta, mas sim uma trama variável de fluxos que atravessam cada corpo, estabelecendo o que é aceitável de cada subjetividade para, então, enquadrá-los em modelos<sup>17</sup>.

Nesse sentido, não se pode desconsiderar a atual conjuntura política de avanço do ultraconservadorismo, que intensificou o retrocesso das políticas de saúde mental em direção à remanicomialização, colocando em risco os avanços epistemológicos e práticos da desinstitucionalização, como modelos de produção do cuidado em saúde mental<sup>18-20</sup>. Esse processo tem materialidade com a aprovação da Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017, que alterou a Política Nacional de Saúde Mental, inserindo os Hospitais Psiquiátricos na RAPS<sup>21</sup>. O documento, sem problematizar o conceito, corrobora a vinculação exclusiva entre a desinstitucionalização e os SRTs, relacionando o termo à desospitalização.

A lógica manicomial contribui para a exclusão social das pessoas com sofrimento psíquico. Este elemento é importante para a análise apresentada, pois caminha na contramão do modelo de atenção em saúde mental que preconiza a desinstitucionalização. Portanto, afirma-se pela necessidade de ampliação do debate acerca do conceito de desinstitucionalização em sua dimensão antimanicomial.

### Limitações do estudo

Como limitações do estudo, assinalamos que a pesquisa foi realizada em um único CAPS do município do Rio de Janeiro. Aponta-se a necessidade de desenvolvimento de novos estudos em outros CAPS, a fim de ampliar o panorama acerca das concepções de desinstitucionalização.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou o convívio entre duas compreensões acerca da desinstitucionalização em um mesmo dispositivo, apontando para a disputa no processo de trabalho. Se por um lado, existe o conceito defendido pela Reforma Psiquiátrica Brasileira Antimanicomial, por outro, ainda se faz presente a compreensão pautada na simples retirada das pessoas do Hospital Psiquiátrico.

Cabe, portanto, o fortalecimento do debate que compreende a desinstitucionalização como conceito-ferramenta que coloca em prática o cuidado afinado à produção de vida, por construir, na micropolítica cotidiana, diversas existências que potencializam a vida dos sujeitos, ampliando redes de conexões existenciais.

Espera-se que este estudo contribua para reflexões acerca do processo de trabalho nos serviços substitutivos ao manicômio na perspectiva da desinstitucionalização. Aposta-se, assim, na produção de um cuidado em saúde mental que permita o alargamento da potência de vida, autonomia e outras formas e possibilidades de estar no mundo.

## REFERÊNCIAS

1. Soalheiro N, Martins D. Atenção psicossocial e a (des)institucionalização como eixo do cuidado. In: Soalheiro N (Org.). Saúde mental para a atenção básica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p. 33-55.
2. Kantorski LP, Cardano M, Antonacci MH, Guedes AC. Brazilian mental health policy: an analysis based on Franco Basaglia thought. *J. nurs. health*. 2021 [cited 2022 Oct 14]; 11(2):e21112120766. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/20766>.
3. Silva AP, Morais HMM, Albuquerque MSV, Guimarães MBL, Lyra TM. The challenges of network organization in specialized psychosocial care: the case of Recife. *Saúde Debate*. 2021 [cited 2022 Oct 14]; 45(128):66-80. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112805>.
4. Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 5ª reimpressão ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.
5. Godoy, MGC, Bosi, MLM. Alterity in the Brazilian Psychiatric Reform discourse in view of Lévinas's radical ethics. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. 2007 [cited 2022 Oct 14]; 17(2):289-99. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000200005>.
6. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2019. p. 17-60.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil; Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2022 Oct 14]. Available from: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=30/12/2011&jornal=1&pagina=60&totalArquivos=160>.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec. 2014.
9. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021 [cited 2022 Oct 14]; 34: eAPE02631. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2015.
11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012 [cited 2022 Oct 14]. Available from: [http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html).
12. Martinhago F, Oliveira WF. (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. *Saúde Soc*. 2015 [cited 2022 Oct 14]; 24(4):1273-84. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015136741>.
13. Lima AM, Souza AC, Silva ALA. Deinstitutionalization and network of mental health services: a new scene in health care. *Rev Bras Enferm*. 2020 [cited 2022 Oct 14]; 73(Suppl 1):e20180964. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0964>.
14. Kinoshita, RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta, A. (Org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2016.
15. Feuerwerker LCM, Merhy EE, SILVA E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde. A pesquisa sobre acesso e barreira na saúde mental. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE (Org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 10-24.
16. Romagnoli RC, Paulon SM, Amorim AKMA, Dimenstein M. Towards resistance clinics: deinstitutionalizing experimentation in times of biopolitics. *Interface (Botucatu)*. 2009 [cited 2022 Oct 14]; 13(30):199-207. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000300016>.
17. Deleuze G. Controle e Devir. In: Deleuze G. Conversações. São Paulo. Editora 34. 2017.
18. Sampaio ML, Bispo Jr JP. Between cloistering and deinstitutionalization: the mental health trajectory in Brazil. *Trab. educ. saúde*. 2021 [cited 2022 Oct 14]; 19:e00313145. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>.
19. Bravo MIS, Pelaez EJ, Pinheiro WN. Counter-reforms in the health policy of the Temer government. *Argum*. 2018 [cited 2022 Oct 14]; 10(1):9-23. DOI: <http://10.18315/argumentum.v10i1.19139>.
20. Onocko-Campos RT, Amaral CEM, Saraceno B, Oliveira BDC, Treichel CAS, Delgado PGG. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018 [cited 2022 Oct 14]; 42:e113. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.113>.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as portarias de consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. [cited 2022 Oct 14]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html).