

**ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E**  
**ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**RAQUEL ASSUNÇÃO SILVEIRA SILVA**

**CAMINHOS PARA O CUIDADO EM LIBERDADE:** experiências inventivas no território  
de Contagem.

**Belo Horizonte**  
**2025**

Raquel Assunção Silveira Silva

**CAMINHOS PARA O CUIDADO EM LIBERDADE:** experiências inventivas no território  
de Contagem

.

Trabalho de conclusão de curso apresentado á  
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas  
Gerais como requisito parcial para obtenção de  
Título de especialista em Políticas de Saúde  
Mental e Atenção Psicossocial.

Orientador :  
Dr. Rinaldo Conde Bueno

Belo Horizonte  
2025

§586c

Silva, Raquel Assunção Silveira.

Caminhos para o cuidado em liberdade: experiências inventivas no território de Contagem. / Raquel Assunção Silveira Silva. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2025.

26 f.

Orientador(a): Rinaldo Conde Bueno.

Relato de Experiência (Especialização) em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Inclui bibliografia.

1. Saúde Mental. 2. Desinstitucionalização. 3. Cuidado em Liberdade. 4. Rede de Atenção Psicossocial. 5. Reforma Psiquiátrica. I. Bueno, Rinaldo Conde. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WM 30.5

Raquel Assunção Silveira Silva

**CAMINHOS PARA O CUIDADO EM LIBERDADE:** experiências inventivas no território  
de Contagem.

Trabalho de conclusão de curso apresentado á Escola  
de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais como  
requisito parcial para obtenção de Título de  
especialista em Políticas de Saúde Mental e Atenção  
Psicossocial.

**Banca Examinadora**

---

**Dra. Alessandra Rios de Farias**  
convidada

---

**Dra. Maria Stella Brandão Goulart**  
Convidada

---

**Dr. Rinaldo Conde Bueno**  
Orientador

Belo Horizonte  
2025

Dedico esse trabalho aos usuários e usuárias da Saúde mental que são a razão da minha motivação profissional e que tanto me ensinam nesse percurso pela RAPS de Contagem.

### **Agradecimentos:**

A realização deste trabalho foi um percurso de crescimento acadêmico, pessoal e humano. Refletir sobre saúde mental exige sensibilidade, escuta e compromisso, e nenhuma etapa deste processo teria sido possível sem o apoio de muitas pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho ganhasse forma.

Agradeço, ao orientador Rinaldo Conde Bueno e professores da Especialização em Políticas de saúde mental pela escuta atenta e pelas contribuições valiosas que enriqueceram tanto o conteúdo quanto a condução deste trabalho.

À Escola de Saúde Pública, meu reconhecimento pelo espaço de aprendizado, debate e troca que me permitiu amadurecer profissional e academicamente. Aos colegas de curso, agradeço pelas conversas, pelo apoio mútuo e pelas experiências compartilhadas, que tornaram esta caminhada mais leve e significativa.

Sou especialmente grata aos profissionais da RAPS pelas trocas diárias de conhecimento e vivência. E, principalmente, aos usuários, pela generosidade em compartilhar suas histórias e perspectivas. Sem vocês, este trabalho não teria a profundidade e a relevância que adquiriu.

A todas as pessoas que, de alguma forma, estiveram ao meu lado durante esse processo — com palavras, silêncio, incentivo ou presença —, meu sincero agradecimento. Cada gesto de apoio foi essencial para a concretização deste projeto.

Muito obrigada!

## RESUMO

Este artigo aborda o tema da saúde mental e sua relação com a Atenção Primária destacando a importância da desinstitucionalização e do cuidado em liberdade no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. O texto busca examinar a partir de relatos de experiências com foco em saúde mental, como a implementação de práticas psicossociais e o cuidado no território, por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Município de Contagem (MG), podem contribuir para um atendimento integral e humanizado das pessoas com sofrimento mental. O estudo faz uma breve revisão do histórico da política de saúde mental no mundo e no Brasil, discute conceitos essenciais a execução dessa política como: desinstitucionalização, Atenção Psicossocial, Tratamento em Liberdade e Territorialidade. Busca destacar os desafios e os avanços proporcionados pela Lei 180 italiana e sua influência na Lei 10.216/2000 brasileira e pela Constituição Federal de 1988, que propõem a desinstitucionalização dos manicômios e o cuidado em liberdade. A pesquisa também enfatiza as dificuldades enfrentadas pela Atenção Primária no atendimento às pessoas com transtornos mentais, como o estigma e as práticas coercitivas;- e a importância de garantir o acesso ao tratamento em todos os níveis da saúde, com foco na integralidade do cuidado. Por fim, o artigo faz inferências a partir do relato de experiências sobre a necessidade de integrar os cuidados no território e fortalecer a atuação das equipes da Atenção Primária como responsáveis pelo acompanhamento contínuo dos usuários, propondo uma visão mais ampla e humanizada para a saúde mental no Brasil.

**Palavras-chave:** Saúde mental, Desinstitucionalização, Cuidado em liberdade, Rede de Atenção Psicossocial, Reforma Psiquiátrica.

## ABSTRACT

This article addresses the topic of mental health and its relationship with Primary Care, highlighting the importance of deinstitutionalization and community-based care within the context of the Brazilian Psychiatric Reform. The text aims to examine, through reports of experiences focused on mental health, how the implementation of psychosocial practices and community care, via the Psychosocial Care Network (RAPS) in the municipality of Contagem (MG), can contribute to comprehensive and humanized support for people experiencing mental suffering. The study briefly reviews the history of mental health policies worldwide and in Brazil, discussing key concepts such as deinstitutionalization, Psychosocial Care, Community Treatment, and Territoriality. It seeks to highlight the challenges and progress brought by the Italian Law 180 and its influence on Brazilian Law 10.216/2000, as well as the 1988 Federal Constitution, which advocates for the deinstitutionalization of asylums and community-based care. The research also emphasizes the difficulties faced by Primary Care in serving people with mental disorders, such as stigma and coercive practices, and underscores the importance of ensuring access to treatment at all levels of health, focusing on comprehensive care. Finally, the article draws insights from experience reports to stress the need to integrate community-based care and strengthen Primary Care teams responsible for continuous follow-up of users, proposing a broader and more humanized vision for mental health in Brazil.

**Keywords:** Mental health, Deinstitutionalization, Community-based care, Psychosocial Care Network, Psychiatric Reform.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS - Agente Comunitária de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

ESF - Estratégia Saúde da Família

NASB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família

PSF - Programa de Saúde da Família (PSF)

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

|                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO.....                                                          | 9  |
| 2. Desafios no atendimento das pessoas com sofrimento mental na APS.....    | 10 |
| 3. conceito de desinstitucionalização e o cuidado em liberdade .....        | 11 |
| 4. Territorialidade e o cuidado em liberdade um percurso em construção..... | 15 |
| 5. Atenção Psicossocial: cuidando em liberdade.....                         | 16 |
| 6. Cuidando em liberdade: Invenções territoriais.....                       | 17 |
| 6.1. Grupo Esperança.....                                                   | 17 |
| 6.2. Equipe Itinerante.....                                                 | 19 |
| 6.3. Ponto de Atenção TEIA.....                                             | 20 |
| 6.4. Projeto Meu Rolê.....                                                  | 21 |
| 7. Conclusão .....                                                          | 22 |
| Referências Bibliográficas:.....                                            | 24 |

## 1. INTRODUÇÃO

Esse artigo busca tratar da temática Saúde Mental e Atenção Primária a partir da discussão dos conceitos de desinstitucionalização, atenção psicossocial, tratamento em liberdade e territorialidade, conceitos esses, fundamentais para a garantia da execução da Política Nacional de Saúde Mental.

No desenvolvimento do artigo serão apresentadas as dificuldades que o processo de desinstitucionalização dos manicômios ainda vivenciam, mesmo com os avanços em termos jurídicos das legislações antimanicomiais. Também serão apresentados relatos de experiências inventivas e exitosas de tratamento em saúde mental no território, implementadas no Programa de Saúde da Família (PSF) na Atenção Primária no município de Contagem (MG), experiências essas, que de fato buscam garantir a execução da Política de Saúde Mental conforme seus princípios e suas diretrizes.

A partir dessa proposta de apresentação, se faz necessário analisar a possibilidade das Políticas Públicas em saúde mental se efetivarem, tendo como premissa a necessidade primordial da pessoa com sofrimento mental ser considerada de forma integral no seu contexto existencial incluída no seu território, considerando aqui, um recorte de práticas desenvolvidas da Rede de Atenção Psicossocial do Município de Contagem como um pressuposto ético nas ações de saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS, consolidado por meio do capítulo de saúde da Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, configura modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Orientado por um conjunto de diretrizes, que são descentralização, regionalização e participação social, e princípios, a saber, a universalidade, a equidade e a integralidade. O sistema de saúde é composto por três níveis de atenção: primário, secundário, terciário.

Na organização do SUS, a APS, Atenção Primária em Saúde, tem como atributo fundamental o acesso à integralidade do cuidado longitudinal e à coordenação do cuidado a partir do território, onde os usuários estão inseridos. O nível primário de atenção é essencial ao planejamento das ações, inclusive, ações da saúde mental que sejam eficazes, humanizadas e que estejam de acordo com o princípio do SUS e da Reforma Psiquiátrica, tendo assim, sempre, a desinstitucionalização, o cuidado no território e a autonomia do sujeito como horizonte.

Segundo o Ministério da Saúde,

A Unidade Básica de Saúde (UBS) como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde

mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (Brasil, 2011b, p.4).

Entretanto, apesar dos avanços ocorridos após a reforma psiquiátrica, como a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e dos serviços substitutivos, ainda existem muitas dificuldades e desafios relacionadas a garantia de acesso e atendimento longitudinal a pessoa com sofrimento mental na APS, no seu próprio território considerando a lógica da desinstitucionalização do tratamento.

O atributo fundamental da APS é o acesso à integralidade do cuidado longitudinal a partir do território. Dessa maneira, o acolhimento inicial da pessoa com sofrimento mental deve acontecer pela equipe de saúde da família na atenção primária, esse serviço tem que se responsabilizar pelo acompanhamento contínuo dos usuários e suas demandas, mesmo que se verifique a necessidade de encaminhamento para outros dispositivos como por exemplo para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou para outros pontos da RAPS. Ou seja, o encaminhamento para rede secundária ou terciária não retira a responsabilidade do cuidado e do acompanhamento do usuário da saúde mental na APS.

Nesse sentido, o objetivo deste artigo é contribuir para o intercâmbio de conhecimento entre os interessados no tema relatado, em especial para técnicos e técnicas dos serviços inseridos nas Políticas Públicas de Saúde Mental nacionais. Busca-se com esta pesquisa analisar e apresentar a possibilidade das Políticas Públicas em saúde mental se efetivarem por meio da metodologia de relato de experiência de práticas psicossociais desenvolvidas no território, no município de Contagem. A premissa básica é a necessidade primordial da pessoa com sofrimento mental ser considerada de forma integral no seu contexto existencial incluída em seu território, como um pressuposto ético nas ações de saúde.

## **2. DESAFIOS NO ATENDIMENTO DAS PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL NA APS**

Algumas dificuldades têm se apresentado e devem ser superadas no atendimento as pessoas com sofrimento mental na APS e em outros espaços da RAPS, dentre elas destacamos os preconceitos relativos aos riscos e periculosidades atribuídos às pessoas com adoecimento mental, que favorece a ênfase excessiva no modelo biomédico com aceitação de práticas coercitivas (tratamento involuntário, reclusão e contenção). Outro ponto refere-se as práticas

atuais que colocam as drogas psicotrópicas no centro de respostas ao tratamento, focando quase que exclusivamente no diagnóstico, na medicação e na redução de sintomas. Ainda como pontos dificultadores, existe a dificuldade da família da pessoa com sofrimento mental de manejar seu cuidado sem buscar dos recursos institucionais de aprisionamento e a falta de apropriação do território das suas potencialidades curativas. Enfim, essas dificuldades e outras potencializam o não cuidado da pessoa com sofrimento mental no território.

Considerando essa problemática descrita acima, o que resta como recurso limitado do território muitas vezes é o encaminhamento das pessoas em sofrimento mental para o CAPS, restringindo esse serviço, a um único espaço de tratamento da saúde mental para a pessoa com sofrimento psíquico. O CAPS nessa lógica de “serviço especializado” de atendimento, pode dentro, dessa dinâmica causar um isolamento do sujeito que tende mais uma vez a ser institucionalizado em um serviço que se torna manicomial.

Quando o CAPS funciona como um único lugar destinado ao cuidado da pessoa com sofrimento mental, esse “serviço que deveria ser substitutivo” corre o risco de tornar-se um lugar de institucionalização manicomial e deixa de ser um lugar na RAPS para ser o único lugar do “louco” repetindo a lógica manicomial e o tratamento institucionalizado que contrapõe o modelo de desinstitucionalização proposto pela Reforma Psiquiátrica.

### **3. CONCEITO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E O CUIDADO EM LIBERDADE**

A Reforma Psiquiátrica que ocorreu na Itália faz uma ruptura com o modelo assistencial vigente até a década de 1960 e aponta para a desmontagem do sistema hegemônico psiquiátrico que tinha o hospital como ponto central de tratamento da pessoa com sofrimento mental em uma lógica institucionalizada. Segundo Franca Ongaro Basaglia (2008) a luta contra a institucionalização partiu do questionamento de um naturalismo implícito na pesquisa científica que separa o corpo e a psique. Tomando emprestado o termo desinstitucionalização proposto na reforma norte-americana, os italianos promoveram ações que vão muito além de um esvaziamento hospitalar. Para Rotelli et al. (1990), o modelo da Psiquiatria Preventiva Comunitária dos Estados Unidos tem uma intenção muito mais econômica do que propriamente resolutivo em relação aos problemas postos a violência institucional. Não houve, na prática, a extinção do manicômio, e sim, a diminuição considerável dos gastos públicos hospitalares, além de uma conversão dos subsídios ao setor privado (Desviat, 1995; Basaglia, 2005; Passos, 2009).

O processo de desinstitucionalização na Itália era cuidar das pessoas em “existência sofrimento” em detrimento da cura da doença em si (Rotelli et al., 1990). A expressão *presa in carico*, que pode ser traduzida por “tomada de responsabilidade”, reivindica a organização dos serviços para o campo territorial; ou seja, desterritorialização dos saberes e das técnicas em uso, para dar lugar a uma desterritorialização criativa e baseada na cidadania do paciente forjando novas estruturas, novos experimentos e novas competências. A Lei 180, conhecida como a “lei Basaglia”, prevê, além de proibir a construção de novos hospitais psiquiátricos, a efetivação do tratamento de saúde mental nos dispositivos territoriais, assim como o direito do paciente em recusar o tratamento e ao mesmo tempo a obrigação do serviço sanitário de não abandonar o paciente a si mesmo (Rotelli et al., 1990). É a liberdade do paciente e, ao mesmo tempo, a convocação de uma resposta efetiva e de responsabilidade legada aos serviços da rede de saúde. É a busca da efetivação do cuidado em liberdade onde se tem o binômio cuidado e liberdade sem que um impeça a existência do outro.

A desinstitucionalização não se adequa a um modelo fixo, enraizado, normativo; ao contrário, busca modificar relações sociais e dar respostas institucionais de acordo com as necessidades das pessoas e da sociedade. Nas palavras de Rotelli et al. (1990), a desinstitucionalização é

um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) *para transformar o seu sofrimento*, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. (...) [A] desinstitucionalização será os constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior (p. 29, grifos dos autores).

No contexto brasileiro de Reforma Psiquiátrica, conforme Lobosque (2024) muito devemos a reforma Italiana, principalmente, quanto a três frentes de ações fundamentais: o fechamento efetivo dos manicômios, a criação de redes territoriais de serviços abertos e a aprovação de uma lei de reforma de alcance nacional. Também conforme a autora citada acima partilhamos dos princípios que determinam tais medidas; a afirmação da cidadania, a crítica à psiquiatrização da loucura e o inestimável valor do cuidado em liberdade.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira apresenta-se em um campo significativo de grandes avanços, permeados por retrocessos que se entrelaçam e consolidam sua história singular. Arrebatados pelos movimentos europeus (França, Itália e Inglaterra, entre os principais) e dos Estados Unidos (Amarante, 1995), a história da saúde mental no País teve seu marco nas

denúncias de maus-tratos aos internos dos manicômios e na articulação política dos trabalhadores de saúde mental, numa tentativa de discutir e organização das práticas realizadas. A partir dessas denúncias sobre violência, mortes e ausência de assistência adequada nos hospitais psiquiátricos no final da década de 1970, os estados brasileiros iniciaram suas próprias investidas, porém sem uma regulamentação nacional coesa e atualizada até a virada do século, consistindo na estruturação do funcionamento dos locais de assistência ao portador de sofrimento mental (Amarante, 1995). A luta por melhores condições de trabalho dos profissionais e especialmente por condições dignas de tratamento aos internos dos hospitais psiquiátricos nesta época culminou em mudanças importantes no referido contexto. Aliado a isso, as vindas ao Brasil de muitos estudiosos sobre o tema, como Basaglia, Goffman, Castel, Foucault, Guattari e Szasz, dentre outros, ensejou reflexões e diretrizes fundamentais para que se desencadeassem fazeres até então ausentes por aqui (Bueno, 2020). A presença deles em diversas capitais e cidades com centros psiquiátricos hospitalares complexos estimulou tanto os profissionais brasileiros como os usuários e suas famílias e a sociedade civil a reivindicarem novas formas de tratamento acerca da loucura.

Impulsionados pelo *slogan* “Por uma sociedade sem manicômios”, instituído no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru (SP), a nova rota nacional teve em Santos (SP) ícone da luta que era travada em várias partes do território nacional e influenciou diversos movimentos pelo Brasil (Amarante, 1995; Campos & Henriques, 1996; Lobosque, 1997). Para Amarante (1995) a força do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) provocou extensa mobilização não só da classe trabalhadora da área, como também da sociedade civil e de diversos movimentos populares. Foi possível com isso retomar a origem questionadora do MTSM, que denunciava a psiquiatrização e a institucionalização e englobava a estas questões o posicionamento da sociedade. A nova etapa do movimento nacional de Reforma pode ser evidenciada, em termos práticos, com a montagem, em 1987, do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, e com a “tomada da Casa Anchieta”, em Santos, o que simultaneamente proporcionou a estruturação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) na cidade. Os dois processos, pautados pela tradição basagliana de cuidados no território e com ênfase na desinstitucionalização, tiveram enorme repercussão na mídia e na sociedade brasileira como um todo.

No âmbito do SUS e, também, da determinação constitucional de que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado que novas perspectivas no setor da saúde começaram a se redesenhar. Os pilares principais desta nova vertente apoiavam-se na valorização de

conceitos como descentralização, municipalização, território, vínculo, responsabilização de cuidados e controle social, proporcionando ao País a formulação de políticas públicas transformadoras para a população brasileira em geral (Minas Gerais, 2006). Ferreira Neto (2011) indica que:

Atualmente, há um novo cenário no que concerne à Política Nacional de Saúde Mental. São constatados avanços em termos jurídicos ou em práticas resultantes de um processo de lutas, de relações de poder, envolvendo diferentes atores sociais, que podem ter início, inclusive, fora do Estado, visando construir um aparato jurídico institucional que oriente a resolução de conflitos em relação aos bens públicos. Esse processo de lutas não se encerra com a regulamentação legal, mas sofre inflexões ao se institucionalizar, podendo inclusive ter enfraquecida parte de sua potência inovadora (p.33)

Com a sanção da Lei 10.216 (Brasil, 2001), ficou proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos. Entrou em atividade o projeto de utilização de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, comum atuação também na vida social do usuário. Isso significa que uma rede assistencial é pensada para dar conta da clientela que anteriormente à Reforma era encaminhada, em sua grande maioria, ao hospital psiquiátrico. Estruturas extra-hospitalares em estreita relação com a APS, foram paulatinamente incorporadas neste processo, mediante de designações legais e oriundas de discussões e encontros entre usuários e familiares, movimentos sociais, trabalhadores de saúde mental, gestores e sociedade civil. O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu na década de 1990 e, na década seguinte, mais estruturado e com uma capilarização importante nas redes de saúde na maioria dos municípios brasileiros, elevou-se ao plano de Estratégia de Saúde da Família (ESF), para consolidar as diretrizes preconizadas pelo SUS. A partir da década de 2000, mais recursos têm sido investidos em saúde mental pelo Ministério da Saúde (MS), tais como o Programa de Volta pra Casa, o fomento para a estruturação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), a ampliação dos serviços que assistem pessoas usuárias de drogas e supervisões clínico- institucionais dentre outros.

Diversas cidades já dispõem desses dispositivos de tratamento no Brasil. Todavia, não há uma distribuição equânime nessa estruturação das redes de saúde e tampouco uma conexão potente entre elas que favoreça a ampliação do cuidado aos usuários do País. Este ainda é um grande desafio da Reforma brasileira.

Para além da estruturação dos dispositivos necessários à Reforma Psiquiátrica, conforme Lobosque (2024), não se trata somente de criar serviços de excelência que atendam a uma pequena população ou a este ou aquele segmento populacional, mas sim de assegurar a toda população o acesso e o vínculo a pontos de atenção diversificado, articulados



territorialmente conforme a necessidade de cada caso, em momentos distintos de seu percurso.

#### **4. TERRITORIALIDADE E O CUIDADO EM LIBERDADE UM PERCURSO EM CONSTRUÇÃO.**

Conforme reflexão acima, o acesso e o vínculo da pessoa em sofrimento mental com seu território, pode garantir um cuidado em saúde mental em um contexto de liberdade, afetividade, autonomia e cidadania. Venturini (2011), em seu livro *Uma Sociedade sem Manicômios*, refere-se ao termo “(Re)Territorializar a vida” como possibilidade de conceber novas formas de clínica onde se possibilita a pessoa com sofrimento mental de se reconectar a vida a qual ela pertence. Mas para o alcance dessa reconexão com o território e o cuidado em liberdade, algumas questões são colocadas por exemplo: qual o percurso que ainda há de ser construído para efetivação dessa diretriz da Política da Saúde Mental? O território de fato oferece cuidado, considerando que também é um espaço de vulnerabilidades e de adoecimentos?

O território é um espaço delimitado da cidade, ou área de cobertura ou abrangência de uma equipe ou serviço. Funciona como o espaço no qual acontecem modos de existência e trocas sociais. Território é onde os valores culturais e a história de uma determinada comunidade ganham vida. A ele, podem ser associados modos de sofrimento e de adoecimento e também modos de produção de saúde mental. É importante considerar que todo território comporta limitações e vulnerabilidades, mas também recursos e possibilidades de vida. Todo serviço de saúde e seus trabalhadores estão inseridos em um determinado território e podem promover ações que modifiquem a vida e as dinâmicas sociais. O trabalho da RAPS só é possível em territórios existenciais vivos, porque sempre considera a vida de cada um, seu cotidiano, suas especificidades e inserções sociais. Para Deleuze e Guattari (2007) em seu *Mil Platôs: Capitalismo e esquizofrenia*, o território pode ser aberto a partir das linhas de fuga que desfaçam seu curso até então explorado e provoque um ato, um movimento novo que se faça em função de novos encontros novos agenciamentos que possa construir novos povoamentos. A este novo sulco aberto pelas novas linhas de fuga, surge a desterritorialização, que é a constituição de novos encontros novas funções e novos arranjos.

O trabalho da RAPS só é possível em territórios existenciais, constituídos por esses novos arranjos onde dessa maneira podem ocorrer modos de existências diversos e trocas sociais que potencializa o cuidado em liberdade no território no contexto da Atenção

Psicossocial.

## **5. ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: CUIDANDO EM LIBERDADE**

A Atenção Psicossocial, cria um novo modo de atenção às pessoas com sofrimento mental nos territórios propondo o cuidado em liberdade. Essa proposta surge no contexto dos fechamentos de hospitais e leitos psiquiátricos no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, onde ocorre a implementação da rede substitutiva da saúde mental que se constitui a RAPS, que foca nas necessidades de cuidado das pessoas com seus sofrimentos mentais considerando seus contextos de vida. O cuidado em liberdade contrapõe a busca por uma suposta normalidade e considera as diversas formas de estar e viver em sociedade. Este tipo de cuidado dispõe dos serviços da RAPS e pressupõe a criação de possibilidades de vida tendo como balizamento o sujeito/cidadão em sua singular manifestação, com suas aptidões, suas escolhas e sua responsabilidade.

Na perspectiva da Atenção Psicossocial, o cuidado em liberdade deve sempre se orientar pela promoção da autonomia, pois a impossibilidade da autonomia, gera a manutenção da alienação e reforçam os processos de exclusão e reclusão. A Atenção Psicossocial, enquanto uma outra maneira de pensar e propor ações de cuidado, considera que todos têm dificuldades e possibilidades para se constituírem como seres autônomos.

Outro ponto estratégico do cuidado em liberdade na perspectiva da Atenção Psicossocial é a promoção da cidadania. Trabalhar a cidadania com as pessoas com sofrimento mental exige, reflexão sobre um outro lugar social para a loucura na nossa sociedade, na nossa cultura.

Na perspectiva da Atenção Psicossocial, afirmamos que a pessoa com sofrimento mental é capaz para escolher e construir possibilidades na vida. O sofrimento e a loucura são parte da experiência humana assim como tantos outros fenômenos e não constituem déficit ou incapacidade. Enquanto experiência de vida, deve ser acolhida, acompanhada e valorizada principalmente nos territórios onde vivem.

Pensando assim, construir a cidadania com as pessoas com sofrimento mental está para além de promover a intersetorialidade e favorecer o acesso às políticas públicas, envolve a reconfiguração do lugar da loucura na nossa sociedade. O desafio que se apresenta é de entender e enfrentar que na sua especificidade, a experiência singular da loucura, a pessoa continua sendo capaz de falar de si, de escolher, de opinar, de negociar e participar da vida social.

Garantir o cuidado em liberdade no território no campo da atenção Psicossocial depende da operacionalização efetiva da RAPS e da presença de conceitos fundamentais na prática do cuidado no dia a dia dos serviços de saúde. Dentre os conceitos essenciais garantidores do Cuidado em liberdade destacamos o acolhimento, o vínculo, os territórios existências, os trabalhos em rede, o matriciamento e a redução de danos. Todos esses conceitos serão destacados nas experiências que serão citadas abaixo como experiências exitosas e invenções territoriais da RAPS do Município de Contagem.

## **6. CUIDANDO EM LIBERDADE: INVENÇÕES TERRITORIAIS**

Após toda essa discussão onde foram apresentados os desafios que ainda se apresentam no processo da desinstitucionalização e os conceitos fundamentais para a execução da Política Pública em Saúde Mental faz-se necessário também apresentar avanços no que tange a execução do está posto enquanto diretriz do atendimento Psicossocial da pessoa com sofrimento mental. Com esse intuito, serão apresentadas algumas experiências de atendimento Psicossocial que ocorrem na APS articuladas na RAPS do município de Contagem.

Para apresentar as experiências de cuidado em liberdade em saúde mental na RAPS de Contagem é importante contextualizar que essa rede é constituída de 04 Caps (2 CAPS III 24 horas, 1 Caps AD e 1 CAPS i), 76 UBS, 142 ESF, 01 Centro de Convivência, 02 Serviços Residenciais Terapêuticos, 01 Consultório na Rua, 05 Upas, 01 Centro Materno Infantil e 01 Hospital Municipal. E para além desses serviços, alguns outros que podemos chamar de invenções territoriais também fazem parte da RAPS: o Programa Meu Rolê, Equipes Itinerantes, Ponto Teia, Grupo Esperança. Essas quatro experiências ocorrem articuladas à APS e serão destacadas como experiências exitosas de Saúde Mental por aproximar sua execução com a proposta do cuidado em liberdade da pessoa com sofrimento mental no território.

Esses relatos das experiências acima citadas tratam de descrever como é possível transformar conceitos e princípios norteadores do campo da Saúde Mental em práticas capazes de proporcionar, no cuidado cotidiano, estratégias efetivas de tratamento em liberdade considerando que a liberdade é terapêutica.

### **6.1. Grupo Esperança**

O Grupo Esperança surgiu em 2021 como iniciativa dos profissionais da atenção Básica

de Saúde da Unidade Básica de Saúde Bandeirantes do Município de Contagem. Com o propósito inicial de promover um ambiente de convivência entre usuários com sofrimento mental e propiciar intervenções em psicoeducação de forma coletiva e fora de consultório. Foi possível desenvolver um ambiente de fala e de acolhimento para os usuários, de fortalecimento e valorização da personalidade, incentivo à expressão artística, valorização do potencial criativo, imaginativo, de expressão, descontração e relaxamento.

Os usuários apresentaram iniciativas como o desenvolvimento de uma horta comunitária, uma mini biblioteca, realização de passeios em parques da região. Todo esse processo de engajamento dos usuários, ocorreu pela construção do vínculo pela busca ativa, bem como o desenvolvimento de atividades festivas e abertura de temas a serem abordados impulsionados pela aliança entre o psiquiatra e as agentes comunitárias de saúde (ACS) que protagonizaram a condução do grupo com todo seu potencial de conhecimento comunitário.

O grupo acontece em uma comunidade marcada pela pobreza e pela criminalidade, bem como pela limitada participação e organização social. São moradores que acessam pouco a rede de atenção psicossocial, marcada pela fragilidade estrutural e distância entre seus pontos, um território que parece muito mais “adoecedor” do que curador, entretanto, conforme discutido anteriormente no contexto da atividade coletiva desenvolvida ocorreu o processo de “desterritorialização”, que é a constituição de novos encontros, novas funções e novos arranjos que se constituíram, nesse caso, a partir do grupo de encontro Esperança.

Os encontros do Grupo Esperança aconteciam inicialmente em uma sala de reuniões e começaram com não mais que meia dúzia de usuários, convidados pelas ACS, que muitas das vezes desejavam contato mais rápido com o psiquiatra para conseguir uma receita de medicações. Porém, não tardou a percepção de que a adesão dos usuários ao grupo não se deu da forma e velocidade esperadas. Aquela população estava acostumada com o método tradicional centrado no médico e psicólogo em atendimento individual de consultório.

Constatado esse problema, a primeira mudança que ocorreu foi dar mais voz aos usuários, permitimos que o grupo fosse mais democrático e participativo, com espaço para fala livre e as definições de temas e formas de abordagens tornaram-se mais abertas, com definição junto aos usuários. Os participantes do grupo passaram a trazer materiais e temas de forma voluntária: ocorreu à apresentação de um trabalho desenvolvido sobre aproveitamento de alimentos de uma participante, também apareceram poemas, músicas, bem como indicações de temáticas a serem abordadas. Nesse contexto as ACS passaram não só a participar mais do grupo como também a moderar discussões, fizeram dinâmicas e darem mais espaços aos

usuários por conhecerem eles de forma mais próxima e conseguirem deixá-los mais à vontade.

Outra mudança que ocorreu foi também possibilitar o ingresso ao grupo de forma espontânea. Os próprios usuários passaram a convidar vizinhos e amigos a participarem de grupo. Eles sabiam quem “estava precisando” e usavam da relação pessoal como forma de atraí-los ao grupo. Dessa forma, apareceram também crianças, usuários com limitações intelectuais maiores, idosos com limitações físicas e/ou cognitivas, acompanhantes de pessoas com limitações, usuários com contexto de internação de longa permanência em Hospital Psiquiátrico. O grupo tem hora e dia fixo de acontecimento sem interrupções e sem mudanças.

Conforme o grupo cresceu sua realização foi transferida para um local mais aberto e amplo na unidade. Foi realizada uma votação entre nomes sugeridos pelos próprios usuários e elegeu-se o nome Grupo Esperança. Em datas comemorativas, foram organizadas pequenas festas entre os usuários. O carnaval Esperança já desfilou duas vezes pelo bairro com muitas máscaras e adereços produzidos pelo próprio grupo. No mês de julho passou-se a fazer uma festa de junina e alguns participantes do grupo passaram a comemorar seus aniversários no encontro do grupo. Mais recentemente um casal de namorados que se conheceram no grupo ficaram noivos no dia do encontro. Foram realizados passeios e excursões na região e fora dela. Passamos também a contar com o apoio de um artista do Projeto Teia, que enriqueceu ainda mais os encontros com atividades corporais, danças e músicas, além de possibilitar situações de ‘quebra-gelo’, em que os participantes poderiam se descontraír e interagir mais.

Nos encontros, ocorreu um módulo de discussões sobre o bairro e a comunidade do Bandeirantes e pudemos perceber como as discussões políticas tornaram-se mais potentes nas discussões do grupo.

Para além do que se projetou, o grupo permitiu desenvolver um ambiente de fala e de acolhimento para os usuários, de empoderamento, de fortalecimento e valorização da personalidade, incentivo à expressão artística, valorização do potencial criativo, imaginativo e de expressão, descontração e relaxamento; fortalecimento de vínculo, possibilidade de acesso à saúde dentro de uma lógica acolhedora e construída em conjunto com a comunidade, sem hierarquia, no modelo participativo.

## 6.2. Equipe Itinerante

A Equipe Itinerante de Saúde Mental é mais uma invenção territorial, que teve início no Distrito Vargem das Flores no ano de 2022, com sua ampliação para o Distrito Ressaca, em 2024. Itinerante em sua definição, com a utilização da potência criativa para se fazer ponte entre

os serviços (que já existem) e uma população específica e vulnerável (que apresenta dificuldades para acessá-los), ampliando as possibilidades de cuidado em saúde mental que ocorrem de diversos formatos: residencial, na UBS articulado com equipes PSF, na abordagem da rua, a equipe vai abordar conforme a necessidade do acesso. Trata-se de um trabalho de costura, de ligação e fortalecimento das redes formais e informais de cuidados, de modo que a Equipe Itinerante configura um recurso a mais no território, que não substitui os pontos existentes na rede, mas busca fortalecer estratégias de amarração entre os casos e os pontos de cuidado por meio de articulações comunitárias, buscas ativas, visitas domiciliares, matriciamentos e atividades coletivas - visando prevenção e promoção à saúde mental, de maneira articulada com os outros pontos da rede. A proposta é promover acesso e estratégias de equidade a população mais vulnerabilizada por meio de um veículo que faça o transporte dos profissionais de saúde Mental até aqueles que precisam de cuidados.

Desse modo, a Equipe Itinerante tem sido acionada para atuar de forma conjunta nos casos em que existem os seguintes elementos presentes e associados: a) sofrimento mental intenso; b) acesso restrito aos pontos da rede de saúde e c) diversas tentativas anteriores de cuidado que não surtiram o efeito esperado. A Equipe Itinerante é composta por 1 Psicólogo, 1 Psiquiatra, 1 Assistente Social, com carga horária de 20 horas cada profissional. Essa equipe é uma ponte, entre os serviços que já existem na APS respeitando a singularidade de alguns casos e/ou algumas trajetórias de cuidado nas redes. Ao se compreender a Saúde Mental como um processo social complexo, há que se considerar que desigualdades de raça, classe e gênero apresentam efeitos reais na vida das pessoas, assim como o estigma associado à loucura muitas vezes leva os sujeitos a apresentarem dificuldades de acessar o próprio direito à cidadania (Amarante, 1996; Barreto, 2017). Após dois anos de sua implantação a estratégia vem demonstrando grande fecundidade no trabalho de fortalecimento das redes de cuidado e acesso à saúde mental pelos usuários. O ineditismo da proposta reside em extrapolar o que é tradicionalmente feito no cotidiano, fazendo chegar - aonde muitas vezes não chega água tratada ou fornecimento de rede elétrica - o cuidado em saúde mental público, gratuito e de qualidade. Trata-se de uma experiência na qual a noção de cuidado em saúde, frequentemente intocada na rotina intensa e extensa do trabalho, sofre uma torção e atravessamento pela itinerância que define a equipe. Como já mencionado, o município ampliou a atuação da Equipe Itinerante para o distrito Sanitário Ressaca, conforme vulnerabilidades apresentadas, com grande impacto nos cuidados dessa região.

### 6.3. Ponto de Atenção TEIA

O Ponto de Atenção TEIA, Território, Entrelaces, Inclusão e Autonomia, é uma estratégia de cuidado que surge da necessidade de fortalecer o vínculo no território, entre as equipes da Unidade Básica de Saúde (UBS) – Equipe de Saúde da Família (eSF) e Equipe Multidisciplinar na Atenção Primária à Saúde (eMulti), e as pessoas em sofrimento mental, incluindo também aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para a ampliação de estratégias terapêuticas na RAPS, considerando a atenção integral, laços comunitários, inclusão social e promoção da cidadania. É uma iniciativa que reúne pacientes com histórico de isolamento, exclusão e internações psiquiátricas, familiares e trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Contagem. Sua finalidade é fomentar uma mobilização criativa e cidadã nos usuários assistidos, por meio da convivência e da oferta de oficinas terapêuticas para produções no campo do artesanato, da jardinagem, do teatro e da escrita, entre outras áreas.

Possui base territorial e comunitária, é referenciado pelo Centro de Convivência e utiliza como artifício de intervenção psicossocial a arte, a cultura para promoção da estratégia de reabilitação psicossocial para pessoas em sofrimento mental e/ou sofrimento mental decorrente do uso de álcool e outras drogas, cujo histórico envolve trajetória de exclusão social.

O Ponto de Atenção TEIA se propõe a colaborar para a organização dos processos de trabalho em rede de atenção à saúde regionalizada, potencializando o Projeto Terapêutico Singular (PTS), garantindo a integralidade do cuidado, o acompanhamento próximo contínuo e a intervenção a tempo, colaborando para redução de crises e o fortalecimento do laço social. Tem como objetivo possibilitar um lugar de convivência, ofertando cuidados e proteção através de oficinas de imersão pela arte e cultura, articulando diferentes redes de atenção para o compartilhamento da responsabilidade de promover a saúde, a cidadania, fortalecer vínculos e reduzir danos.

O Ponto de Atenção TEIA é composto por Educadores Sociais e Articuladores de Território TEIA, que articulam com demais serviços de saúde e intersetoriais, uma vez que é de extrema importância intervenções nos territórios onde os sujeitos residem. Cada Distrito Sanitário possui 01 (um) ou mais Educadores Sociais em seu quadro de profissionais, e um articulador de território para cada dois distritos.

#### 6.4. Projeto Meu Rolê

O Meu Rolê é uma estratégia de cuidado e proteção de crianças e adolescentes em

sofrimento mental, da RAPS de Contagem que iniciou um projeto que tem como principal foco promover, por meio das oficinas terapêuticas de arte, o cuidado em saúde mental direcionado a crianças e adolescentes. Possui base territorial e comunitária, utilizando como artifício de intervenção psicossocial a arte, a cultura, o esporte e a ocupação dos espaços da cidade.

O Projeto Meu Rolê é composto pela psicóloga e articuladora do projeto e os arte-educadores que tem como objetivo ofertar atividades e ações através da arte, da cultura, de brincadeiras, de expressões diversas, com a possibilidade de um lugar de convivência, de cuidado e proteção. Deve sempre promover a articulação com outras redes de cuidado e proteção, promover saúde, fortalecer laços, produzir cidadania, reduzir danos sociais e à saúde, como parte do PTS do usuário.

É mais uma estratégia que tem boa adesão e contribui para a articulação dos diversos pontos da Rede de Atenção a Saúde e intersetorial, para a ampliação do acesso dessas crianças e adolescentes na rede de cuidados, que contribuirá também para a redução do alto índice de medicalização e psicopatologização na infância e adolescência na busca de contribuir para construção, fortalecimento e /ou promoção de laços sociais.

As atividades, ações e oficinas do Meu Rolê têm como público alvo crianças e adolescentes, entre 06 e 17 anos, que tenham em seu PTS, indicação para a inserção nas mesmas, como condições e situações que perpassam pela trajetória de risco social, trajetória de risco à saúde, vulnerabilidade social, uso de drogas, exploração sexual e trabalho infantil, assim como condições que afetam e/ou dificultam sua comunicação, que afetam o desenvolvimento e/ou socialização. No projeto são promovidos; o acolhimento, a construção de vínculos, a criação do espaço de escuta, a articulação do cuidado com os atores da rede, dentre outros.

## **7. CONCLUSÃO**

Toda essa reflexão sob a luz do processo de desinstitucionalização da RAPS de Contagem sugere que de fato é possível se efetivar a execução das Políticas Públicas em saúde mental, tendo como premissa a necessidade primordial da pessoa com sofrimento mental ser considerada de forma integral no seu contexto existencial incluída no seu território, como um pressuposto ético nas ações de saúde por meio do SUS e a partir da APS.

As práticas apresentadas pelos grupos (Esperança, Programa Meu Rolê, Ponto de Atenção Teia e Equipe Itinerante) foram capazes de proporcionar no cuidado cotidiano estratégias efetivas de liberdade e de tornar as intervenções mais coerentes e eficazes diante o



desafio da desinstitucionalização. Conforme Amarante (2007), ter a desinstitucionalização como norte implica a construção de um novo lugar social para a loucura.

A partir das experiências reladas foram inventadas “novas formas de cooperação e de associação, novos desejos e novas crenças, a partir das variações da multiplicidade” (Pelbart, 2002, p.107). O combate ao estigma e o fortalecimento da autoestima foram construídos e são faces dessa composição de potência que transcende os territórios e forma outros, num fluxo militante que ressoa na cidade, povoa desertos e cria laços e afetos que compõem as máquinas de guerra para furar muros e organizações que degradam as diferenças, como nos propõem Deleuze e Guattari em seus “Mil platôs” (Deleuze & Guattari, 2017).

Contudo, é necessário reconhecer que este percurso permanece em construção. As instituições de cuidado em saúde mental, embora tenham se afastado do modelo manicomial tradicional, ainda operam sob lógicas institucionais que, por vezes, limitam a plena inserção dos sujeitos no território. Nesse contexto, a garantia de espaços de convivência e participação para além das instituições torna-se uma exigência política e ética, na medida em que os espaços coletivos se configuram como fundamentais para o exercício da cidadania (Amarante, 2007).

A constituição de percursos de cuidado nos territórios analisados revelou-se uma estratégia potente para o reconhecimento do território existencial do outro (Deleuze & Guattari, 1995), possibilitando o afastamento de práticas padronizadas e normativas que ainda persistem sob a lógica da pós-modernidade. Tais experiências favorecem a criação de modos singulares de existência e de práticas clínicas que, ao se afastarem de modelos disciplinadores (Foucault, 1975), operam como formas indisciplinadas de cuidado — abertas à escuta do imprevisto e às singularidades dos sujeitos em sofrimento psíquico. Essas abordagens, inspiradas nos princípios da reforma psiquiátrica e no legado de Franco Basaglia, apontam para a necessidade de uma clínica comprometida com a liberdade e com a multiplicidade das vidas que circulam no território, promovendo uma ruptura com os modelos excludentes e reafirmando o cuidado como um ato político. (BASAGLIA, 1985).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMARANTE, Paulo. **A construção da loucura: história e perspectivas da saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BASAGLIA, Franca Ongaro. F. Saúde/doença. In: AMARANTE, P. (org.). **Saúde mental, formação e crítica** (pp.17-36). Rio de Janeiro: Laps, 2008.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relatório de uma experiência no hospital psiquiátrico de Gorizia**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas**. Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 3-15, mar. 2008. DOI: 10.1590/S1415-47142008000100003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao>. Acesso em: 11 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A política nacional de saúde mental: avanços, desafios e relações de poder*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BUENO, R.C. **O pensamento de Franco Basaglia: dos caminhos da saúde mental italiana a uma vivência prática em Trieste**. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2020.

CAMPOS, Ricardo Paiva; HENRIQUES, Raquel. **Saúde mental e políticas públicas: a experiência da reforma psiquiátrica no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

CONTAGEM (MG). Secretaria Municipal de Saúde. Nota Técnica nº [número], [ano]. **Projeto “Meu Rolê”: cuidados em saúde mental por meio da arte, cultura e ocupação urbana**. Prefeitura Municipal de Contagem, [ano]. Disponível em: <https://portal.contagem.mg.gov.br/portal/noticias/0/3/79499/>. Acesso em: 11 maio 2025.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. Tradução de Peter Pál Pelbart. 2.ed. São Paulo: Editora 34, 1992.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. v. 1. São Paulo: Editora 34, 1995.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 1975.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 2011.

LIMA, R. C.; YASUI, S. **A clínica peripatética e o desafio da desinstitucionalização**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 597-606, 2010.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; YASUI, Silvio. **Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial**. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 102, p. 593-606, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>. Acesso em: 03 maio 2025.

LOBOSQUE, Ana Marta. **A reforma psiquiátrica que queremos: cidadania, crítica à psiquiatrização e cuidado em liberdade**. [S.l.]: [s.n.], 2024.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

LOBOSQUE, Ana Marta. **A reforma psiquiátrica no Brasil: avanços e desafios**. São Paulo: Editora Cortez, 1997.

MALACARNE, Larric Johnny et al. **A experiência de 'uma equipe que anda': invenções, possibilidades e desafios no cuidado em saúde mental em Contagem-MG**. *Nós na Rede*, 2023. Disponível em: <https://brasil.fiocruz.br/nosnarede/mostra-de-experiencias/>. Acesso em: 11 maio 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

PASSOS, Eduardo. **A desinstitucionalização na saúde mental: desafios e perspectivas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PASSOS, Eduardo. A construção da clínica comum e as áreas profissionais. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. (Orgs.). **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 213-228.

ROTELLI, Franco; DE LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. Desinstitucionalização: uma outra via. In: NICÁCIO, Francisco (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Te Cora, 1999.

SARACENO, Benedetto. **Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio**. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação Psicossocial**. São Paulo: [s.n.], 2001. p. 13-51.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. **Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 183-193, 2009.

VENTURINI, Ernesto. **Uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz,

**2011.**

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.