

Violação de direitos humanos e atenção humanizada: perspectivas de trabalhadores da rede de atenção psicossocial***Violation of human rights and humanized care: perspectives of workers in psychosocial care network****Violación de derechos humanos y atención humanizada: perspectivas de trabajadores de la red de atención psicossocial****Recebido: 17/01/2021****Aprovado: 02/07/2021****Publicado: 25/08/2021****Rafael Silvério Borges¹****Paulo Fernando Guarato de Moraes²****Pedro Henrique Misson Milhorim³****Rosimár Alves Querino⁴**

Trata-se de estudo transversal, descritivo e qualitativo realizado em 2016 no interior de Minas Gerais, com o objetivo de analisar a compreensão de trabalhadores da atenção psicossocial acerca dos direitos humanos no cotidiano dos serviços. Utilizou-se questionários e grupo focal audiogravado e os dados foram interpretados por análise temática. Participaram quinze trabalhadores, sendo dois médicos, quatro assistentes sociais, cinco psicólogas, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma farmacêutica e uma nutricionista. Duas categorias foram construídas: *Violação de direitos humanos*; e *Atenção humanizada*. Como violações, citou-se: problemas no atendimento às urgências como violência física, contenções inadequadas; falta de acessibilidade aos serviços e aos direitos sócio assistenciais, preconceitos e estigmas. A atenção humanizada foi compreendida como abordagem ampliada da saúde e das necessidades dos usuários, autonomia, atividades de inserção comunitária, ampliação dos dispositivos de cuidado e trabalho em equipe. Embora revele avanços na efetivação do modelo de atenção psicossocial sinalizou-se a urgência de iniciativas voltadas à defesa de direitos humanos.

Descritores: Saúde Mental; Direitos humanos; Serviços comunitários de saúde mental; Humanização da assistência.

This is a cross-sectional, descriptive and qualitative study carried out in 2016 in the countryside of the state of Minas Gerais, Brazil. It aims to analyze the understanding of psychosocial care workers about human rights in the daily life of services. Questionnaires and audio-recorded focus groups were used, and the data were interpreted by thematic analysis. Fifteen workers participated, including two physicians, four social workers, five psychologists, a nurse, a nursing technician, a pharmacist and a nutritionist. Two categories were constructed: *Violation of human rights*; and *Humanized care*. As violations were cited: problems in emergency care such as physical violence, inadequate containment; lack of accessibility to services and social assistance rights, prejudice and stigma. Humanized care was understood as an expanded approach to health and the needs of users, autonomy, community insertion activities, expansion of care devices and teamwork. Although it reveals advances in the implementation of the psychosocial care model, the urgency of initiatives aimed at the defense of human rights was signaled.

Descriptors: Mental Health; Human Rights; Community Mental Health Services; Humanization of Assistance.

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y cualitativo realizado en 2016 en el interior de Minas Gerais, Brasil, con el objetivo de analizar la comprensión de los trabajadores de atención psicossocial sobre los derechos humanos en el día a día de los servicios. Se utilizaron preguntas y grupo focal audiogravado y los datos fueron interpretados por el análisis temático. Participaron quince trabajadores, entre ellos dos médicos, cuatro trabajadores sociales, cinco psicólogas, una enfermera, una técnica de enfermería, una farmacéutica y una nutricionista. Se construyeron dos categorías: *Violación de los derechos humanos*; y *Atención humanizada*. Como violaciones se citaron: problemas en la atención de urgencias como violencia física, contenciones inadecuadas; falta de accesibilidad a los servicios y derechos de asistencia social, prejuicios y estigmas. La atención humanizada se entendió como un enfoque ampliado de la salud y las necesidades de los usuarios, la autonomía, las actividades de inserción en la comunidad, la ampliación de los dispositivos de atención y el trabajo en equipo. Aunque revela los avances en la eficacia del modelo de atención psicossocial, se señaló la urgencia de iniciativas dirigidas a la defensa de los derechos humanos.

Descritores: Salud Mental; Derechos Humanos; Servicios Comunitarios de Salud Mental; Humanización de la Atención.

* Estudo com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), na modalidade de Iniciação Científica.

1. Psicólogo. Mestre em Psicologia. Uberaba/MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-3805-017X E-mail: rafaelborges.psi@gmail.com

2. Psicólogo. Especializando em Terapia Familiar Sistêmica pela Faculdade Venda Nova do Imigrante. Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-1683-6326 E-mail: pfguarato@gmail.com

3. Psicólogo. Especializando em Teoria Psicanalítica pela Universidade de Uberaba. Uberaba, MG, ORCID: 0000-0001-6813-1398 E-mail: pedrohmisson@gmail.com

4. Cientista Social. Mestre e Doutora em Ciências Sociais. Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-7863-1211 E-mail: rosimar.querino@uftm.edu.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, o Movimento de Reforma Psiquiátrica (MRP) constituiu-se na década de 1980, e defende o processo de desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais, com a substituição do modelo manicomial por novos dispositivos de acolhimento e tratamento^{1,2}. Um dos primeiros passos na construção do modelo de atenção psicossocial foi a denúncia da violação de direitos humanos durante a ditadura militar, que lançou as bases para o delineamento dos direitos das pessoas com transtornos mentais¹.

Repensando as práticas desumanas e segregacionistas vigentes até então, o MRP propôs um modelo de atenção à saúde mental de base comunitária, consolidada em dispositivos territoriais e com ampla inserção social^{1,2}. Neste sentido, os esforços nacionais estão em sintonia com as experiências de desinstitucionalização em âmbito internacional^{3,4}.

Os primeiros serviços comunitários foram implantados já na década de 1990, antes mesmo da regulamentação pelo Estado¹. A Lei n. 10216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado⁵, representa um avanço na seara dos direitos e contribuiu para a estruturação dos diversos componentes da rede de atenção psicossocial (RAPS)^{1,2,5,6}.

Paralelo à sedimentação do modelo psicossocial, foi sendo ampliada a produção acadêmica sobre os serviços e dispositivos de cuidado e pesquisas avaliativas⁷. Desde a definição da RAPS como uma das redes prioritárias pelo estado brasileiro, tem se intensificado estudos sobre como, em diferentes localidades, as instituições se articulam em rede^{8,9}.

As pesquisas^{4,10} têm indicado como avanços da reforma psiquiátrica brasileira, dentre outros, a ampliação dos serviços substitutivos, a inversão nos investimentos dos recursos financeiros com primazia dos serviços comunitários em relação aos hospitais e ampliação da articulação dos serviços de saúde, embora sejam reportadas diferenças nas várias localidades.

Como desafios postos à consolidação do modelo de atenção são pontuados: subfinanciamento¹¹, disparidades nas regiões brasileiras em relação à existência dos serviços comunitários¹², estagnação da expansão dos serviços substituídos, desafios para ampliar a atenção ofertada na atenção primária, o acolhimento das famílias, relações tutelares com usuários e baixa participação política dos usuários e familiares¹⁰.

Pesquisas desenvolvidas com profissionais de saúde têm ocupado lugar estratégico^{7,9,13}, pois permitem compreender o cotidiano dos serviços, a sedimentação do cuidado psicossocial e os desafios enfrentados para atuação em rede. Contudo, verifica-se que a temática dos direitos humanos, tão importante na constituição do MRP¹, tem sido pouco explorada nos últimos anos¹⁴. Dada a relevância da micropolítica do trabalho vivo e da tecnologia leve no cuidado psicossocial¹³, é importante compreender o modo como trabalhadores de diversos pontos da RAPS compreendem direitos humanos e atenção humanizada ganham enlevo ao permitir problematizar os resquícios do modelo manicomial em serviços comunitários.

No campo psicossocial, trabalhos que busquem entender as recentes alterações na condução da política de saúde mental¹⁵ são importantes, pois podem incidir diretamente na desinstitucionalização no processo de reforma psiquiátrica^{2,10}.

Diante da importância de pesquisas que abordem a efetivação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a sedimentação do modelo de atenção psicossocial, esse estudo tem como objetivo analisar a compreensão de trabalhadores da atenção psicossocial acerca dos direitos humanos no cotidiano dos serviços.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal e descritivo conduzido com metodologia qualitativa¹⁶, realizado em 2016. O cenário de pesquisa foi constituído pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de município do interior de Minas Gerais que, no momento de construção de dados, possuía: uma equipe do Consultório na Rua (CR), uma equipe de matriciamento em saúde mental (MSM), um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), um CAPS Álcool e

drogas (Ad) tipo III, dois CAPS adulto tipo II (um municipal e outro vinculado à instituição filantrópica), um hospital psiquiátrico filantrópico conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), cinco Serviços de Residências Terapêuticas (SRT), dos quais três municipais e dois mantidos por instituição filantrópica.

Os participantes do estudo foram trabalhadores das diversas instituições da RAPS. Em um primeiro momento, ocorreu reunião em cada uma das instituições da rede. Na sequência, considerando as recomendações para a condução de grupos focais¹⁷, foi feito o convite para participação nos encontros a dois trabalhadores de cada instituição especializada em saúde mental que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: atuar em serviços de saúde mental há pelo menos doze meses, independentemente do nível de escolaridade e função.

Os critérios de exclusão foram: atuar em cargos de coordenação das instituições e programas, estar em férias ou licença por motivo de saúde no período de construção de dados.

Os instrumentos para a construção de dados foram grupos focais (GF) e questionários autoaplicáveis, com questões referentes ao perfil sócio demográfico e profissional dos participantes.

O GF consiste em espaço de diálogo no qual os sujeitos podem se expressar, trocar experiências e, por meio da interação, construir novos conhecimentos. Nos grupos há um animador, promovendo a participação de todos, evitando a dispersão da intencionalidade do trabalho e a monopolização da fala; e um relator, com o papel de registrar todos os detalhes dos encontros¹⁷.

Ocorreram dois encontros de GF no mês de outubro de 2016, em espaço com condições de sigilo e privacidade. A duração média de cada encontro foi de noventa minutos. Ambos tiveram seus áudio gravados e transcritos na íntegra para análise.

No tratamento dos dados obtidos, empregou-se a análise de conteúdo temática¹⁸ e as recomendações do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) para a condução de estudos qualitativos¹⁹.

À luz dos pressupostos da investigação, foram realizadas as seis etapas definidas por Clarke, Braun e Hayfield¹⁸: a) familiarização ; b) codificação ; c) agrupamento de códigos com criação de mapeamento de padrões; d) revisão dos temas com avaliação da pertinência dos dados codificados em relação aos temas e ao conjunto de dados; e) definição e nomeação dos temas; f) redação do relatório final.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE nº 46346415.2.0000.5154). A adesão à pesquisa foi voluntária. Antes do início das sessões de GF, foram esclarecidas as responsabilidades éticas dos participantes em relação às informações compartilhadas. Após o esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa e metodologia empregada, cada participante manifestou consentimento livre e esclarecido em termo próprio e recebeu uma cópia do mesmo. Ao final da análise, os resultados foram socializados com os participantes. Visando garantir o anonimato dos participantes, foram atribuídos nomes de flores a cada um dos trabalhadores.

RESULTADOS

Participaram quinze trabalhadores: um de SRT , dois de hospital psiquiátrico , três de CAPS adulto tipo II , três de CAPS Ad tipo III , dois de CAPSi , dois de CR e dois do MSM. Não houve adesão de profissionais dos SRTs filantrópico e do CAPS filantrópico.

A maioria era do sexo feminino (13), autodeclarados brancos (10), em união estável (08) , na faixa etária de 30 a 39 anos (06), e possuíam ensino superior completo (15) , das quais, três possuíam especialização e dois eram mestres (Tabela 1).

Quanto às profissões, dois eram médicos, quatro assistentes sociais, cinco psicólogas, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma farmacêutica e uma nutricionista.

O tempo de atuação na área da saúde variou de dois a 21 anos. Prevaleram aqueles que possuíam de cinco a dez anos de atuação (06). Os profissionais com menor tempo de atuação

ingressaram na área nos últimos quatro anos (08) e um trabalhador estava há 21 anos na saúde (Tabela 1).

Em relação à atuação na área da saúde mental, mais da metade dos participantes do estudo atuavam há até quatro anos (08). Dentre os participantes, predominaram servidores públicos com regime estatutário (09) (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico de trabalhadores da atenção psicossocial. Município do interior de Minas Gerais, 2016.

Variável		N
Sexo	Feminino	13
	Masculino	2
Faixa etária	20 a 29 anos	4
	30 a 39 anos	6
	40 anos e mais	5
Etnia	Branca	10
	Negra	1
	Parda	4
Estado Civil	Solteiro	5
	União Estável	8
	Divorciado/separado	2
Escolaridade	Ensino médio	1
	Ensino superior completo	14
Tempo de atuação na Saúde	Até 4 anos	5
	5 a 10 anos	6
	11 anos e mais	4
Tempo de atuação na Saúde Mental	Até 4 anos	8
	5 a 10 anos	4
	11 anos e mais	3
Vínculo trabalhista	CLT*	2
	Estatutário	9
	Temporário	4

* Consolidação de Leis Trabalhistas

Os temas articuladores construídos a partir dos grupos focais foram: *Violação de direitos humanos*; e *Atenção humanizada*.

Violações de direitos humanos

Os destaques foram: problemas no atendimento às urgências psiquiátricas, contenção inadequada, violência física, constantes reinternações relacionadas à forma como as urgências psiquiátricas são atendidas nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e falta de acessibilidade aos vários pontos da rede, falta de acesso aos direitos sócio assistenciais e reprodução de preconceitos:

Essa semana a gente tava lá na UPA [...] e tinha um paciente amarrado, com o braço já todo machucado de tanto se debater. [...] Chega a ser desumano, o jeito como é tratado. (Azaléia)

O paciente chega no pronto atendimento, até, às vezes, depois de abuso [sexual] e eles são tratados da pior forma. (Gérbera)

Eu tive um caso de um usuário [...] [que] trabalha com recicláveis o dia inteiro. Quebrou a perna, foi pra UPA e eles não atenderam! Ele quebrou a UPA inteira [...]. Aí chamaram a polícia e levaram ele preso ao invés de dar o atendimento. [...] É direito violado, assim, um atrás do outro, muito complicado. (Azaléia)

O despreparo das UPAs para lidar com a demanda de saúde mental e o acionamento recorrente do hospital psiquiátrico como “*primeira opção*” é apontado:

O quê que acontece? Eles querem desovar, como se a gente [o hospital psiquiátrico] fosse o negócio que tem que aceitar. (Edelvais)

Se relacionaram dificuldades em lidar com as demandas da saúde mental às práticas de contenção realizadas de maneira descomedida e irregular, entendidas pelos trabalhadores como violação da integridade física e dos direitos humanos:

[...] um usuário que tava em situação de rua e eles levaram pra UPA, levaram amarrado. Ele ficou todo machucado. Precisava ter dado encaminhamento pra ele [...] eles voltaram [o usuário] pra rua. Com dois dias, ele surtou de novo,

voltou de novo e nada. (Azaléia)

Eu já vi a UPA fazendo encaminhamento e prescrição certinha, e já vi outros também que é uma coisa horrível! Já vi paciente contido sem medicar, sem estar medicado adequadamente. E já vi machucar o paciente de propósito também. (Lírio)

Traz-se que as UPAs têm priorizado a contenção física ou mecânica ao invés de outros recursos terapêuticos, gerando sofrimento nos usuários:

O que eu gostaria de falar é o seguinte: que a contenção física sem contenção química é tortura! [...] [A contenção] é uma indicação médica, tem que ser medicado junto, entendeu? Então, a contenção física que é feita sem a indicação médica, só você estar amarrado ali, porque a família amarrou, porque alguém amarrou, isso aí é errado. (Crisântemo)

O reconhecimento das práticas inadequadas e violentas de contenção física teve como contraponto a retomada de curso de capacitação sobre contenção ofertado aos trabalhadores pelo município que teria gerado melhorias:

Essa parte na contenção melhorou muito pelo conjunto de médicos, de trabalhos em que a gente [equipe do matriciamento] tá conversando. (Acácia)

A equipe faz muita diferença. O manejo verbal com o paciente, o manejo ambiental, vai deixar de conter vários pacientes, por causa da equipe. Eu tô falando de qualquer um, de médico, de técnico, de enfermeiro, de auxiliar, de qualquer profissional de saúde que estiver no lugar e que pode manejar. (Lírio)

Discorre-se sobre problemas ocorridos nas UPAs: falta de qualificação dos profissionais, desconhecimento da rede e, também, dificuldades de referência e contra-referência:

A impressão que eu tenho é muito de sorte e azar de quem tá [trabalhando] no dia. Porque eu já peguei várias vezes o SAMU que [se] recusa a fazer ou, então, vem e vai sem levar o paciente. Já conversei com as pessoas do SAMU e eu tenho a impressão que é de acordo com quem está no dia, e na UPA também. (Lírio)

De outro modo, destacou-se situações em que o suporte do Corpo de Bombeiros e o SAMU foi considerado de qualidade:

Porque o SAMU é o que você falou. Outro dia tinha o caso de um paciente que foi liberado da UPA, absolutamente surtado. É esse que eu fiquei segurando ele [com manejo verbal no CAPS] até o SAMU chegar [...] A conduta do SAMU foi incrível naquele dia, porque a pessoa que tava com certeza era bastante adequada e foi pro [hospital psiquiátrico]. A minha maior tranquilidade é que conseguiu fazer a contenção química. (Margarida)

A violação de direitos humanos foi apontada, ainda, em casos de internação no hospital psiquiátrico com a presença da polícia militar e em relação à abordagem da pessoa em situação de rua (PSR) em praças:

O SAMU só sabe chegar no [hospital psiquiátrico] com polícia. Se vocês vissem o que aconteceu semana passada. O paciente tava em crise e a policial falou assim “ Eu posso bater nele de cacete?” [...] A enfermeira falou: “ Não. Você pode até bater, mas aí a gente vai ter que comunicar pra promotoria!”. [...] A enfermeira virou, tava pedindo [para o usuário] levantar, ele não levantava e [a policial] falou assim: “ Eu tenho mais coisa pra fazer!” Pegou um copo d’água e tacou na cara do paciente. (Edelvais).

A violação de direitos das pessoas com transtornos mentais foi descrita, ainda, como falta de acessibilidade à rede SUS expressa, na demora para acessar as especialidades por meio do sistema da fila eletrônica:

Tem paciente que você pega e é questão de ambulatório e você libera alta. Não é de forma alguma paciente de CAPS [...] Vai ficar três meses na fila eletrônica pra acessar de novo e aí a receita já venceu, ele volta a ser internado ou ele volta por demanda espontânea pro CAPS. (Cravina)

A cronificação dos usuários no CAPS e a impossibilidade de “alta” é descrita:

Os pacientes que saem do CAPS, ficam abandonados no tratamento. [...] Dar alta é extremamente complicado. Se eles forem encaminhados pra UBS [unidade básica de saúde], quanto tempo vai levar? [...] Esperou 3, 4 meses pra ser atendido. Chegou na UBS e foi atendido em 5 minutos, cai qualidade em relação ao acolhimento e ser bem atendido. Aí chega e diz que não gostou do médico e resolve voltar pro CAPS. (Crisântemo)

O difícil papel desempenhado na decisão da prioridades foi entendida como negação de direitos e como transferência de responsabilidades:

Mas chega em um ponto que a gente tria, assim. “ Ó, esse aí vamos atender, esse que é mais urgente, vamos deixar esse”. Aí a gente tem que ficar, sabe?! Selecionando o mais grave! (Azaléia)

As narrativas pontuaram dificuldades para acesso a outros direitos sócio- assistenciais. Houve a explicitação da negação de direitos em decorrência de preconceitos em relação à PSR: [...] eu tô com dois usuários que estão em situação de rua que têm muito tempo de registro em carteira e eu consegui mandar passar [...] no INSS [Instituto Nacional de Seguridade Social]. [...]o pessoal às vezes tem direito, mas acaba não procurando o CRAS [centro de referência em assistência social] pra montar o processo ou documentação de

auxílio e doença. Teve uma enfermeira que falou assim: “ Eu não vejo benefício nenhum em arrumar benefício pra alcoólatra, beber tudo em pinga!”. Falei “ Olha, minha vivência diz totalmente o contrário. Porque quando você arruma um benefício, a pessoa realmente se beneficia [...] arruma um local, sai da rua, melhora qualidade de vida, diminui consumo do álcool e droga. (Azaléia)

Atenção humanizada

Identificou-se cinco núcleos de sentido: dificuldades na compreensão da pessoa com transtorno mental para além do diagnóstico, autonomia dos usuários, inserção comunitária, ampliação dos dispositivos de cuidado, trabalho em equipe. Descreveu-se que é frequente a redução do sujeito ao seu diagnóstico pelos familiares, e até pelos trabalhadores da saúde:

Isso é algo que, se prestar atenção, contamina. Quando a gente fala assim “ Ah, fulano é esquizofrênico”. Não. Ele pode ter esquizofrenia, mas ele não é esquizofrênico. (Amarílis)

Semana passada eu atendi um caso em que o pai falou exatamente isso. E eu falei: “ Olha, o que o senhor espera do caso?” [...] E ele falou assim: “ Que você conserte a cabeça dela”. (Margarida)

E tem muita gente inclusive que exige que se faça um “exame de cabeça” pra ver o que tem de errado lá dentro! Alguma coisa mecânica deve estar errada. É um botãozinho que você aperta e arruma. (Lírio)

De modo diverso desta redução do usuário ao diagnóstico, dialogando sobre as concepções de homem e saúde preconizadas pelos princípios de integralidade e equidade, relatou-se:

Eu acredito que a humanização parte desse princípio: que você leve em consideração a história do sujeito. Você vê aquela pessoa ali como um sujeito, que tem direito, ao acesso, à prevenção, ao atendimento humanizado, ético, digno, igual a gente estuda. (Margarida)

Se trouxe a necessidade de que a compreensão dos usuários sobre a atenção em saúde mental seja considerada no processo de formulação da atenção integral e humanizada, com vistas que a autonomia e a singularidade dos sujeitos sejam valorizadas e se construam relações horizontalizadas:

E ele tem que ir pra onde ele se sente bem, e isso faz parte do tratamento da pessoa. É bom quando você se sente bem em um lugar, você até se recupera mais rápido. E aprender também. Não é só porque a gente é profissional que sabemos mais [do] que eles, não! Ele também sabe e pode ensinar pra gente, a gente pode aprender. Através de histórias, ensinamentos, escuta. (Flor de Lótus)

A autonomia dos usuários emergiu em outros momentos, quando se relatou dificuldades para que moradores das SRTs e PSR fossem atendidos nos serviços sem o acompanhamento de trabalhadores:

O nosso público [das SRTs], a gente conseguiu um pouco mais de abertura agora. A equipe vai acompanhar? [...] Se a equipe não acompanhar, o dentista não atende. (Acácia)

O pessoal tem muita resistência pra atender morador de rua! Mas a gente tá conseguindo melhorar isso [...] com jogo de cintura e explicando melhor essa questão do direito [...]. Antes, se qualquer usuário à noite precisasse acessar a UPA, não tinha atendimento! A gente voltava no outro dia e não tinha sido atendido, tinha quebrado a UPA, tava pior o negócio. [...] Agora, mesmo quando eles vão sozinhos, eles acessam melhor o serviço. (Azaléia)

A circulação nos territórios e o acesso aos espaços públicos foram indicados como estratégias para a atenção humanizada:

Lá no hospital [...] a gente tem feito parcerias com alguns locais, como a residência terapêutica, pra ocupar os espaços públicos. [...] e tinha paciente que nunca tinha visto uma piscina. [...] um tobogã [e foi ao passeio no clube]. (Cravina)
Tem atividades que eu acho importantes e que às vezes não são consideradas pela equipe: as atividades externas. É muito importante colocar o CAPS na rua, pra ocupar a cidade. Por exemplo, tem gente que nasceu aqui, viveu aqui e até duas semanas atrás nunca tinha entrado no teatro do SESI e nós fomos até lá e fizemos uma peça de teatro. [...] esse contato é poder fazer a inserção social e isso é uma forma de trabalho humanizado. Levar pra ocupação dos espaços públicos da comunidade é até um ato de resistência. O shopping, por exemplo, é uma experiência antropológica você ver a cara das pessoas. (Camélia)

E a gente tem muito essa prática de humanizar: “ Vamos tomar um café?” “Então, vamos lá na padaria”. E é até engraçado porque, no começo, essa questão da resistência é muito nítida [...] E o pessoal da padaria já acostumou com esse movimento, a gente gosta muito de ir. [...] O outro [usuário] gosta de comer sentado e agachado na porta [da padaria] e ninguém fala nada. (Cravina)

Acessar espaços públicos, ir ao shopping, ao clube, ao teatro, ao cinema e até mesmo tomar café em uma padaria foram descritos como momentos constitutivos de resistência, primordiais para a construção de vínculos com outros territórios existenciais, para além do campo dos serviços especializados. Sentir-se acolhido nos serviços e a ampliação dos

dispositivos de cuidado são materializações da atenção humanizada:

Eu aceitei o desafio de estar no CAPS e no CAPSi justamente pra fazer o quê? Levar a música [...]. Porque falar de doença, cuidar do doente, falar que ele é diferente e privilegiar a diferença não é fácil, mas mostrar que ele pode ser igual a todo mundo. Então, você pergunta: “ Qual é o bônus, qual é a medalha de ouro?” É justamente ter conseguido levar a música pra dentro do serviço. (Glicínia)

O cuidado com a alimentação deles no hospital, é uma parte muito humana, no meu ponto de vista. [...] A questão da comemoração dos aniversariantes do mês. Tem gente que nunca teve uma festa de aniversário e se está ali no hospital, vai ter uma festa, vai ter bolo, vai cantar parabéns, é bem bacana. (Cravina)

O trabalho em equipe visando a criação de estratégias conjuntas pelos trabalhadores do hospital psiquiátrico, dos CAPS e da equipe de matriciamento para enfrentar a reinternação e favorecer a adesão dos usuários e das famílias aos serviços comunitários foi destacada:

Se o paciente der um grito, já vai na UPA e o encaminhamento vai direto pro [hospital psiquiátrico]. A gente tem tentado criar alternativas [...] A gente faz visita conjunta e fala pro paciente que tá pra sair [do hospital] e já vai conversando sobre a vinda dele pra cá [CAPS], trabalhando isso com a família, fazendo as visitas conjuntas. Tem dado muito certo isso, no sentido de evitar novas internações. (Cravina)

A família faz uma diferença muito grande na adesão ao tratamento [...]. Se o paciente tem uma família que ajuda, que vai junto, muitas vezes ele consegue fazer tudo certinho, tomar medicação. [...] Então, a gente tem que fazer esse movimento de vai e vem [visitas conjuntas e envolvimento da família]. (Lírio)

O matriciamento traz essa oportunidade dessa conversa com todo mundo. Porque a hora que a gente senta pra discutir o caso, é o médico da ESF [equipe saúde da família], a enfermeira, o dentista, o agente comunitário, quem cuida daquela pessoa, é o psiquiatra, o psicólogo. Então, todo mundo, cada um tem uma parte da responsabilidade da melhoria daquela pessoa. (Glicínia)

DISCUSSÃO

A internação psiquiátrica foi apontada como desdobramento das dificuldades das UPAs no atendimento às urgências psiquiátricas, da falta de qualificação dos profissionais para o manejo das crises, da falta de acessibilidade aos serviços especializados e aos medicamentos, além das condições sociais vivenciadas pelas famílias e usuários.

Diante de uma rede de atenção com dificuldades para acolher as demandas para o acesso às especialidades médicas e tecnologia de apoio diagnóstico e que pouco avançou na abordagem da saúde mental na comunidade e nos territórios, os serviços especializados se sedimentaram como lócus privilegiado do cuidado.

Diante dos avanços nos direitos e cuidados integrais à pessoa com transtornos mentais^{1,2,5,6,10}, era esperado que o exercício da cidadania e respeito aos direitos humanos dessas pessoas estivessem consolidados no país¹⁴. De outro modo, o estudo revelou que a violação de DH ainda é recorrente no cotidiano dos usuários de serviços de saúde mental.

Os participantes do estudo defrontam-se cotidianamente com os resquícios da lógica manicomial e com os “*desejos de manicômios*”²⁰, além de toda sorte de preconceitos, violações de DH e desafios para a efetivação da atenção humanizada. O modo como os trabalhadores da RAPS perceberam as violações de DH no município mineiro está em sinergia com as reflexões construídas pela equipe da Organização Mundial da Saúde (OMS) no Projeto WHO QualityRights²¹.

O estudo da OMS²¹, desenvolvido com usuários de dezoito países de média e baixa renda, identificou que as violações de DH eram compreendidas pelos participantes como: abuso/violência sexual ; abuso/violência física; exploração financeira; negação de acesso aos serviços de saúde/serviços de saúde mental/médicos; falta de condições/meios que permitam às pessoas vida de forma independente nas comunidades; negação do direito de constituir família/negação de possibilidade de casamento; restrições/negação de oportunidades de emprego; detenções arbitrárias; marginalização, exclusão e discriminação na comunidade²¹.

Os participantes apresentaram olhar apurado na identificação das violações relacionadas ao abuso/violência física; negação de acesso aos serviços de saúde e outros direitos sócio-assistenciais e preconceito/marginalização sofridas nos serviços e na comunidade e marginalização, exclusão e discriminação na comunidade²¹.

Outras dimensões da violação de DH não foram tratadas na pesquisa: exploração financeira; falta de condições/meios que permitam às pessoas vida de forma independente nas comunidades; negação do direito de constituir família/negação de possibilidade de casamento; restrições/negação de oportunidades de emprego²¹. Essas dimensões extrapolam o cotidiano dos serviços de saúde, albergando outros serviços e contextos de vida dos usuários e sinalizam para os “*desafios para além dos muros institucionais*”²².

A equipe do Projeto *WHO Quality Rights*²¹ adverte que são preocupantes a falta de acesso aos serviços de saúde mental e a ocorrência de abusos e maus tratos pelos profissionais de saúde. Como visto no estudo do município do interior de Minas Gerais, os participantes destacaram a ocorrência de maus tratos envolvendo profissionais das UPAs e do SAMU, especialmente na atenção às urgências psiquiátricas. Também foram referidas violências físicas na abordagem de policiais, o que sinaliza para a importância de ampliar a discussão sobre o atendimento às urgências com outras categorias profissionais e setores.

A violência física foi relacionada pelos profissionais à contenção física inadequada dos usuários. Situações como as descritas pelos participantes remetem à sua utilização ao longo da história, muitas vezes aplicada como castigo pelos profissionais²³.

Estudo desenvolvido na Austrália²⁴ com usuários de serviços de saúde mental, familiares e seus apoiadores explorou suas percepções sobre as práticas de isolamento e contenção em serviços de saúde, e revelou que os mesmos consideram tais práticas desnecessárias e responsáveis por exacerbar problemas para usuários, familiares, cuidadores e trabalhadores.

O estudo australiano destacou como fatores que incidem sobre práticas precárias: estigma, medo, escassez de recursos para o cuidado, ambiente físico e cultura organizacional²⁴. No Brasil, pesquisa com trabalhadores da área da saúde participantes de curso sobre crise e urgência em saúde mental, ofertado em parceria pelo Ministério da Saúde e universidade federal, revelou que tem predominado, na compreensão dos profissionais, as contenções mecânica e medicamentosa e a internação hospitalar na atenção às urgências²⁵. Cabe, pois, aprofundar os estudos sobre a reprodução de práticas de contenção e avaliar suas relações com as dificuldades dos profissionais e dos serviços em desenvolver outras estratégias de manejo dos casos de urgência psiquiátrica²⁵.

Neste sentido, o manejo das crises e urgências requer a superação de uma abordagem centrada nos sinais e sintomas²⁵. Os trabalhadores e serviços de saúde dificilmente estão preparados para prestar cuidados para demandas que se apresentam divergentes da ordem da sintomatologia usual e dos parâmetros da clínica biomédica e, por esse motivo, o atendimento rapidamente é entendido como alheio à emergência^{23,25}.

A abordagem integral das pessoas com transtornos mentais é fundamental para a construção do cuidado psicossocial para além dos sintomas e sinais e com ampla inserção comunitária, conforme preconizado pelo MRP^{14,26}.

Compreender as demandas dos usuários de modo integral e contextualizado pode acarretar mudanças no sentido de assegurar a reinserção social pelo exercício dos direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários, bem como no combate à discriminação sofrida e sentida por estas pessoas em suas relações sociais²². O estigma do transtorno mental e a condição de vida caracterizada por restrições constantes no exercício de qualquer direito são dificuldades que precisam ser superadas para que se consiga fortalecer laços sociais e familiares e, inclusive, ampliar a busca por apoio²¹.

Em virtude das narrativas dos trabalhadores, entende-se que é preciso empreender esforços para (co) construir um novo espaço social para a loucura e a diferença que prime pela defesa de direitos humanos. Diante da diversidade de dimensões envolvidas nas violações de DH, não é possível que o setor saúde, isoladamente, supere tais desafios²¹. Há que se investir em iniciativas intersetoriais e ampla mobilização da comunidade, especialmente envolvimento dos usuários²¹.

Quanto à atenção humanizada, a compreensão ampliada de sujeito e de saúde revelou-se como essencial para a estruturação das reflexões dos trabalhadores, pois sustenta as práticas assistenciais e as relações entre trabalhadores e usuários.

Humanizar é compreender os sujeitos implicados nas práticas de saúde em sua totalidade. Nesse sentido, acrescenta-se que os sujeitos da atenção à saúde, bem como na saúde mental, devem ser reconhecidos em suas dimensões sociais, políticas e históricas, na relação com a família, comunidade e sociedade²⁶.

A atenção para a co-construção de sujeitos autônomos e em relação de reciprocidade, perspectiva segundo a qual trabalhadores, usuários e familiares estão em constante relação e construção²⁷. O incentivo à participação e protagonismo da sociedade contraria a lógica manicomial e enseja novas práticas de inserção na comunidade²⁸.

De modo geral, os pesquisados expuseram uma compreensão ampliada de sujeito histórico, considerando, para além de sua patologia, a dimensão biopsicossocial do usuário integrado ao ambiente do qual faz parte. Tal compreensão constitui-se em um dos pilares do modelo de cuidado psicossocial²⁶.

Envolver os usuários na produção de saberes em saúde mental e problematizar a compreensão sobre as práticas que lhes são ofertadas é valorizar a essência dos serviços substitutivos, ou seja, garantir atenção progressiva em uma perspectiva não só assistencial, mas também integral, percebendo o usuário como protagonista e sujeito em sua totalidade²⁸.

Uma vez compreendidos e considerados integralmente em suas necessidades, os usuários dos serviços de saúde mental, juntamente com os trabalhadores, habilitam-se a desenhar projetos terapêuticos capazes de abarcar a dimensão da integralidade nos diferentes níveis de atenção e políticas de saúde.

Neste intento, é importante discutir e corresponsabilizar todos os sujeitos envolvidos em tal acordo, visando escapar da tutela incorporada nos projetos terapêuticos e, acima de tudo, evitar que o desejo dos usuários seja novamente negado²²⁻²⁹. Esses são os riscos que os serviços substitutivos precisam evitar sob pena de reescrever uma nova roupagem para os manicômios mentais.

A mediação do trabalhador no acesso e no atendimento em outros serviços da Rede SUS e de outras políticas pode apresentar-se, contraditoriamente, como garantia de direito e como tutela²²⁻²⁹. Além disso, as narrativas dos trabalhadores remetem à questão crucial dos avanços já obtidos nos serviços especializados em saúde mental e na dificuldade de acessar outros pontos das redes de saúde e da assistência social.

A superação destes desafios requer o envolvimento dos trabalhadores na tessitura da rede, posto que, longe de ser mero dispositivo legal, ela é construída no cotidiano dos serviços¹³.

Ao analisar a articulação da RAPS com outras instituições, pondera-se sobre avanços e, também, sobre “práticas desacolhedoras” oriundas de processos de desreponsabilização pelo cuidado³⁰. Tais práticas podem estar relacionadas à inúmeros fatores, dentre os quais: falta de capacitação das equipes, insegurança dos profissionais, processos de trabalho que não fomentam ações como o acolhimento e uma cultura manicomial que atravessa o imaginário social³⁰.

A falta de corresponsabilização pelo cuidado pode, ainda, atrelar-se a visões tutelares sobre os usuários que dificultam o desenvolvimento da autonomia e a inserção comunitária. O rompimento com visões encontra nas atividades “*extra muros*” e de ampliação da circulação dos usuários pelo tecido urbano um elemento estratégico. Tais ações contribuem para a retomada da vida, construção de novos vínculos e a efetiva construção de novos lugares para a loucura^{28,29}.

A inserção dos usuários “*da saúde mental*” no território vivo da comunidade contribui na desconstrução de rótulos estigmatizantes, na expansão de seus territórios existenciais e, de modo mais amplo, na devolução da loucura à cidade, lugar de trocas sociais²⁷. Tais iniciativas contribuem, ainda, para o desenvolvimento da autonomia e do protagonismo dos usuários,

ampliação de vínculos de solidariedade e co-responsabilidade e para o rompimento da chamada “*cronificação*” nos serviços de saúde mental²⁹.

As experiências reportadas pelos trabalhadores permitiram vislumbrar o modo como a RAPS tem empreendido esforços para aumentar a capacidade de trocas, valorizar e singularizar a subjetividade dos usuários dos serviços. Para tanto, utiliza-se dos dispositivos de cuidado instalados na comunidade e no território onde a vida social acontece como teatro, clubes, padarias, shoppings^{22, 29}.

A produção de cuidados, pouco diversificada e exclusivamente dentro dos serviços de saúde mental onde “*a loucura circula*”, acaba tornando-se ineficiente e contraditória com o cuidado psicossocial²⁰.

A desinstitucionalização e a desconstrução de práticas e saberes nos serviços de base comunitária devem andar de mãos dadas com a expansão e a articulação da atenção na rede básica e substitutiva, para fortalecer o trabalho de um CAPS, na forma de dispositivo transitório que funcione, preferencialmente, na interface com a comunidade, potencializando os recursos de suporte social existentes e promovendo o debate da cultura manicomial que perpassa os mais diferentes espaços de convívio^{20,22,29}.

É pertinente analisar se as práticas de atenção à saúde em serviços substitutivos não estariam promovendo novas cronicidades^{20,22,29} e retrocesso ao modo hospitalocêntrico, no qual a alta não é efetivada pela suposta (in) capacidade de usuários acessarem os serviços aos quais tem direito e, sobretudo, gerar vínculos no território por si mesmos. Além, é claro, de restritos espaços onde a “*loucura circula*”²⁰.

Há, todavia, a possibilidade de que os usuários dos serviços possam deixar de ser reduzidos a estratos, corpos docilizados para produzir novos territórios, uma casa, um bom encontro agenciado pelo corpo em suas movimentações no tecido social. Para além do corpo cronificado e desacreditado, os vínculos no território podem fazer surgir o inédito e a possibilidade de (re) existir em novos territórios que não o da cronificação, tampouco dos prontuários, descrições psicopatológicas e condutas esperadas no cotidiano dos serviços de saúde mental²².

Para isso, é importante pensar que a reinscrição dos sujeitos no corpo social, por meio da promoção de acesso à rede, atividades externas na comunidade ou alta, seja discutida com o próprio usuário, mostrando-lhe que não será um sofrimento deixar de ir ao serviço especializado e sim a conquista de outra fase importante no tratamento. Com essa movimentação, será possível construir novos vínculos com outros serviços e pessoas, ampliando sua rede social.

Outro aspecto importante é de que os serviços de saúde mental passaram a desempenhar trabalhos assistenciais importantes, tornando-se referências nas políticas públicas de saúde mental e um campo de formação estratégica de profissionais para o processo da reforma psiquiátrica brasileira^{1,2}. A esse respeito, percebeu-se inclusive que, para ensejar uma assistência voltada para a garantia de direitos humanos e cidadania, precisar-se-ia, pois, reconhecer com urgência a necessidade de investir em iniciativas de formação e de educação permanente voltadas à abordagem do modelo de cuidado psicossocial^{13,21,25}.

CONCLUSÃO

Observou-se que os trabalhadores da saúde mental são sensíveis às diversas formas de desrespeito e violação de direitos humanos, dentre os quais: violência física praticada por profissionais da saúde e polícia militar; dificuldades de atendimento das urgências por profissionais da UPA e do SAMU; contenção física inadequada; falta de acolhimento; redução dos sujeitos a seus diagnósticos; movimentos familiares e de profissionais visando à internação; falta de acessibilidade aos demais pontos da rede SUS e outros serviços socioassistenciais e, por fim, preconceitos e estigmas em relação aos usuários que impactam no acesso à saúde e a outros direitos.

No tocante ao atendimento humanizado à pessoa com transtornos mentais, os trabalhadores relataram diversas práticas voltadas à garantia de acesso a direitos, valorização do cuidado e para reconstrução do olhar sobre os sujeitos da saúde mental. As ações destacadas pelos trabalhadores como expressões da atenção humanizada sinalizam para a amplitude no cuidado psicossocial, ancorado em uma compreensão de sujeito e de saúde que não se limita à dimensão assistencial e biomédica. Os trabalhadores valorizaram as atividades de inserção comunitária como estratégias de resistência e ocupação do tecido social, centrais para o êxito da desinstitucionalização.

Por tratar-se de um estudo qualitativo que explorou a realidade de um município do interior de Minas Gerais, compreende-se que os resultados não são generalizáveis. Contudo, considera-se que os achados possam estimular novas pesquisas, fundamentais no atual contexto de retrocessos em relação às políticas de saúde mental.

Ressalta-se a importância de desenvolvimento de estudos com usuários, familiares e integrantes da sociedade civil de modo a incorporar suas percepções sobre a efetivação de direitos humanos e da atenção humanizada nos serviços de saúde mental. Neste intento, considera-se que a técnica do grupo focal possa contribuir com a criação de um espaço de reconhecimento mútuo e de escuta qualificada, valorizando o espaço de fala e de trocas entre os sujeitos envolvidos.

REFERÊNCIAS

1. Amarante P. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVS, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008, p. 735-60.
2. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2018 [citado em 17 abr 2020]; 23(6):2067-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
3. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013–2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [citado em 17 abr 2020]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/
4. World Health Organization, Calouste Gulbenkian Foundation. Policy options on mental health: a WHO-Gulbenkian Mental Health Platform collaboration [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [citado em 01 jul 2021]. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/evidence/policy_options_gulbenkian_paper/en/
5. Presidência da República (Brasil). Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. D.O.U. Brasília, DF, 9 abr 2001 [citado em 20 mar 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
6. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 3.088, 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]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [citado em 20 mar 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
7. Dantas CR, Oda AMGR. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). *Physis* [Internet]. 2014 [citado em 17 abr 2020]; 24(4):1127-79. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01127.pdf>
8. Quinderé PHD, Jorge MSB, Franco TB. Rede de atenção psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis* [Internet]. 2014 [citado em 17 abr 2020]; 24(1):253-71, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>
9. Nóbrega MPSS, Domingos AM, Silveira ASA, Santos JC. Weaving the West Psychosocial Care Network of the municipality of São Paulo. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2017 [citado em 17 abr 2020]; 70:5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0566>
10. Onocko-Campos RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019 [citado em 17 abr 2020]; 35(11):e00156119. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00156119>

11. Trapé TL, Onocko-Campos R. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado em 17 abr 2020]; 51(19):1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006059.pdf
12. Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde Soc.* [Internet]. 2017 [citado em 17 abr 2020]; 26(1):155-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n1/1984-0470-sausoc-26-01-00155.pdf>
13. Bermudez KM, Siqueira-Batista R. "Many holes tied together with ropes": the concept of network for mental health professionals. *Saúde Soc.* [Internet]. 2017 [citado em 10 jan 2018]; 26(4):904-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170298>
14. Amarante P, Torre EHG. Direitos humanos, cultura e loucura no Brasil: um novo lugar social para a diferença e a diversidade. In: Oliveira W, Pitta A, Amarante P, organizadores. *Direitos humanos & saúde mental*. São Paulo: Hucitec; 2017. p. 107- 33.
15. Ministério da Saúde (Br), Gabinete do Ministro, Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) [Internet]. Brasília, DF, 14 dez 2017 [citado em 01 jul 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html
16. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. 12ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
17. Barbour R. *Grupos focais*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
18. Clarke V, Braun V, Hayfield N. Análise temática. In: Smith JA. *Psicologia qualitativa: um guia prático para métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Vozes; 2019. p. 295-327.
19. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2007 [citado em 17 abr 2020]; 19(6):349-57. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>
20. Dimenstein M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental* [Internet]. 2006 [citado em 17 abr 2020]; 4(6):69-82. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v4n6/v4n6a07.pdf>
21. Drew N, Funk M, Tang S, Lamichhane J, Chávez E, Katontoka S et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet* [Internet]. 2011 [citado em 17 abr 2020]; 378(9803):1664-75. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61458-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61458-X/fulltext)
22. Ferreira TPS, Sampaio J, Souza ACN, Oliveira DL, Gomes LB. Produção do cuidado em saúde mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface* [Internet]. 2017 [citado em 17 abr 2020]; 21(61):373-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n61/1807-5762-icse-1807-576220160139.pdf>
23. Correia LC. "Cadê os direitos humanos?!": contenção física de mulheres em sofrimento mental. In: Oliveira W, Pitta A, Amarante P, organizadores. *Direitos humanos & saúde mental*. São Paulo: Hucitec; 2017. p. 296-324.
24. Brophy LM, Roper CE, Hamilton BE, Tellez JJ, McSherry BM. Consumers and their supporters' perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus groups. *Int J Ment Health Syst.* [Internet]. 2016 [citado em 17 abr 2020]; 10:6. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0038-x>
25. Zeferino MT, Cartana MHF, Fialho MB, Huber MZ, Bertoncello KCG. Health workers' perception on crisis care in the Psychosocial Care Network. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* [Internet]. 2016 [citado em 17 abr 2020]; 20(3):e20160059. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160059>
26. Yasui S, Luzio CA, Amarante P. From manicomial logic to territorial logic: impasses and challenges of psychosocial care. *J Health Psychol.* [Internet]. 2016 [citado em 17 abr 2020]; 21(3):400-8. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1359105316628754>
27. Onocko-Campos RT, Campos GWS. Co-construção da autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 669-88.
28. Amarante P, Torre EHG. "De volta à cidade, sr. cidadão!" - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Rev Adm Pública* [Internet]. 2018 [citado em 17 abr 2020]; 52(6):1090-107. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>

29. Moreira MIB, Onocko-Campos RT. Mental health care actions in the psychosocial care network viewed by users. *Saúde Soc.* [Internet]. 2017 [citado em 17 abr 2020]; 26(2):462-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017171154>

30. Lima DKRR, Guimarães J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis* [Internet]. 2019 [citado em 17 abr 2020]; 29(3):e290310. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290310>

Editora Associada: Vania Del Arco Paschoal

CONTRIBUIÇÕES

Paulo Fernando Guarato de Moraes e **Pedro Henrique Misson Milhorim** contribuíram na análise, redação e revisão. **Rafael Silvério Borges** e **Rosimár Alves Querino** participaram da concepção, coleta e análise dos dados, redação e revisão.

Como citar este artigo (Vancouver)

Borges RS, Moraes PFG, Milhorim PHM, Querino RA. Violação de direitos humanos e atenção humanizada: perspectivas de trabalhadores da rede de atenção psicossocial. *REFACS* [Internet]. 2021 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 9(Supl. 2):807-819. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*

Como citar este artigo (ABNT)

BORGES, R. S.; MORAIS, P. F. G.; MILHORIM, P. H. M.; QUERINO, R. A. Violação de direitos humanos e atenção humanizada: perspectivas de trabalhadores da rede de atenção psicossocial. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 9, Supl. 2, p. 807-819, 2021. DOI: *inserir link do DOI*. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

Como citar este artigo (APA)

Borges, R.S., Moraes, P.F.G., Milhorim, P.H., & Querino, R.A. (2021). Violação de direitos humanos e atenção humanizada: perspectivas de trabalhadores da rede de atenção psicossocial. *REFACS*, 9(Supl. 2), 807-819. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

