

Violación de derechos humanos y atención humanizada: perspectivas de trabajadores de la red de atención psicosocial***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****Recibido: 17/01/2021****Aprobado: 02/07/2021****Publicado: 25/08/2021****Rafael Silvério Borges¹
Paulo Fernando Guarato de Moraes²
Pedro Henrique Misson Milhorim³
Rosimár Alves Querino⁴**

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y cualitativo realizado en 2016 en el interior de Minas Gerais, con el objetivo de analizar la comprensión de los trabajadores de atención psicosocial 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 psicosocial, se señaló la urgencia de iniciativas dirigidas a la defensa de los derechos humanos.

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

Trata-se de estudo transversal, descritivo e qualitativa 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, contencões 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. 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.

* Estudio apoyado por la Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), en la modalidad de Iniciación Científica.

1. Psicólogo. Maestro en Psicología. Uberaba/MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-3805-017X E-mail: rafaelborges.psi@gmail.com

2. Psicólogo. Especializándose en Terapia Familiar Sistémica en la Faculdade Venda Nova do Imigrante. Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-1683-6326 E-mail: pfguarato@gmail.com

3. Psicólogo. Especializándose en Teoría Psicoanalítica en la Universidade de Uberaba. Uberaba, MG, ORCID: 0000-0001-6813-1398 E-mail: pedrohmisson@gmail.com

4. Científica Social. Maestra y Doctora en Ciencias Sociales. Profesora Asociada del Departamento de Salud Colectiva de la Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-7863-1211 E-mail: rosimar.querino@uftm.edu.br

INTRODUCCIÓN

En Brasil, el Movimiento de Reforma Psiquiátrica (MRP) fue creado en la década de 1980 y defiende el proceso de desinstitucionalización de las personas con trastornos mentales con la sustitución del modelo de manicomio por nuevos dispositivos de acogida y tratamiento^{1,2}. Uno de los primeros pasos en la construcción del modelo de atención psicosocial fue la denuncia de las violaciones de los derechos humanos durante la dictadura militar, que sentó las bases para la delimitación de los derechos de las personas con trastornos mentales¹.

Repensando las prácticas inhumanas y segregadoras vigentes hasta entonces, el MRP propuso un modelo de atención a la salud mental de base comunitaria, consolidado en dispositivos territoriales y con amplia inserción social^{1,2}. En este sentido, los esfuerzos nacionales están en línea con las experiencias de desinstitucionalización a nivel internacional^{3,4}.

Los primeros servicios comunitarios se implantaron en los años 90, incluso antes de la regulación por parte del Estado¹. La Ley 10216/2001, conocida como Ley Paulo Delgado⁵, representa un avance en el campo de los derechos y contribuyó a la estructuración de los diversos componentes de la red de atención psicosocial (RAPS)^{1,2,5,6}.

Paralelamente a la sedimentación del modelo psicosocial, se ha ampliado la producción académica sobre los servicios y dispositivos de cuidado e investigaciones evaluativas⁷. Desde la definición de la RAPS como una de las redes prioritarias por parte del Estado brasileño, se han intensificado los estudios sobre cómo, en diferentes lugares, se articulan las instituciones en red^{8,9}.

Investigaciones^{4,10} han señalado como avances de la reforma psiquiátrica brasileña, entre otros, la ampliación de los servicios sustitutivos, la inversión de recursos financieros con primacía de los servicios comunitarios sobre los hospitalarios y la ampliación de la articulación de los servicios de salud, aunque se reportan diferencias en diversas localidades.

Como desafíos a la consolidación del modelo de atención se observan: la falta de financiación¹¹, las disparidades en las regiones brasileñas con relación a la existencia de servicios comunitarios¹², el estancamiento de la expansión de los servicios sustitutivos, los desafíos para ampliar la atención ofrecida en la atención primaria, la acogida de las familias, las relaciones tutelares con los usuarios y la baja participación política de los usuarios y familiares¹⁰.

La investigación desarrollada con los profesionales de la salud ha ocupado un lugar estratégico^{7,9,13}, ya que permite comprender el día a día de los servicios, la sedimentación de los cuidados psicosociales y los desafíos que se enfrentan para actuar en red. Sin embargo, se comprueba que el tema de los derechos humanos, tan importante en la constitución del MRP¹, ha sido poco explorado en los últimos años¹⁴. Dada la relevancia de la micropolítica del trabajo vivo y de la tecnología blanda en la atención psicosocial¹³, es importante entender cómo los trabajadores de diversos puntos de RAPS entienden que los derechos humanos y la atención humanizada adquieren importancia al permitir problematizar los restos del modelo manicomial en los servicios comunitarios.

En el ámbito psicosocial, son importantes los estudios que buscan comprender los recientes cambios en la conducción de la política de salud mental¹⁵, ya que pueden tener un impacto directo en la desinstitucionalización en el proceso de reforma psiquiátrica^{2,10}.

Dada la importancia de investigaciones que abordan la realización de los derechos de las personas con trastornos mentales y la sedimentación del modelo de atención psicosocial, este estudio tiene como objetivo analizar la comprensión de los trabajadores de atención psicosocial sobre los derechos humanos en el cotidiano de los servicios.

MÉTODO

Se trata de un estudio transversal y descriptivo realizado con metodología cualitativa¹⁶ llevado a cabo en 2016. El escenario de la investigación fue constituido por la Red de Atención Psicosocial (RAPS) de un municipio del interior de Minas Gerais que, en el momento de la construcción de los datos, tenía: un equipo de Clínica de Calle (*Consultório de Rua - CR*), un equipo de matriz de estrategias en salud mental (MSM), un Centro de Atención Psicosocial Infantil y Juvenil (CAPSi), un CAPS Alcohol y Drogas (Ad) tipo III, dos CAPS adulto tipo II (uno municipal y otro vinculado a una institución filantrópica), un hospital psiquiátrico filantrópico afiliado al Sistema Único de Salud (SUS), cinco Servicios de Residencias Terapéuticas (SRT) de los cuales tres eran municipales y dos mantenidos por una institución filantrópica.

Los participantes en el estudio fueron trabajadores de las distintas instituciones de la RAPS. Al principio, se celebró una reunión en cada una de las instituciones de la red. Posteriormente, teniendo en cuenta las recomendaciones para la realización de grupos focales¹⁷, se hizo la invitación a participar en las reuniones dos trabajadores de cada institución especializada en salud mental, que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: estar trabajando en servicios de salud mental por al menos doce meses, independientemente del nivel de formación y de la función.

Los criterios de exclusión fueron: actuar en puestos de coordinación en las instituciones y programas, estar de vacaciones o de baja por motivos de salud durante el periodo de construcción de los datos.

Los instrumentos para la construcción de datos fueron los grupos focales (GF) y los cuestionarios autoadministrados, con preguntas relativas al perfil sociodemográfico y profesional de los participantes.

El GF consiste en un espacio de diálogo en el que los sujetos pueden expresarse, intercambiar experiencias y, mediante la interacción, construir nuevos conocimientos. En los grupos, hay un animador, que promueve la participación de todos, evitando la dispersión de la intencionalidad del trabajo y la monopolización del discurso; y un relator con el papel de registrar todos los detalles de las reuniones¹⁷.

En octubre de 2016 se celebraron dos reuniones del GF, en un espacio con condiciones de secreto y privacidad. La duración media de cada reunión fue de noventa minutos. Ambos fueron grabados en audio y transcritos en su totalidad para su análisis.

En el tratamiento de los datos obtenidos se empleó el análisis de contenido temático¹⁸ y las recomendaciones de los *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) para la realización de estudios cualitativos¹⁹.

A la luz de los supuestos de la investigación, se llevaron a cabo las seis etapas definidas por Clarke, Braun y Hayfield¹⁸: a) familiarización; b) codificación; c) agrupación de códigos con creación de mapas de patrones; d) revisión de temas con evaluación de la relevancia de los datos codificados en relación con los temas y el conjunto de datos; e) definición y nominación de temas; f) redacción del informe final.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación (CAAE n.º 46346415.2.0000.5154). La adhesión a la investigación fue voluntaria. Antes de comenzar las sesiones de GF, se aclararon las responsabilidades éticas de los participantes con respecto a informaciones compartidas. Tras la aclaración sobre los objetivos de la investigación y la metodología empleada, cada participante expresó su consentimiento libre e informado en un plazo determinado y recibió una copia del mismo. Al final del análisis, se socializaron los resultados con los participantes. Para garantizar el anonimato de los participantes, se asignaron nombres de flores a cada uno de los trabajadores.

RESULTADOS

Participaron 15 trabajadores: uno de SRT, dos de hospital psiquiátrico, tres de CAPS adulto tipo II, tres de CAPS Ad tipo III, dos de CAPSi, dos de CR y dos de MSM. No hubo adhesión de los profesionales de los SRT filantrópicos ni de CAPS filantrópico.

La mayoría eran mujeres (13), autodeclaradas de raza blanca (10), en una pareja de hecho (08); en el grupo de edad de 30 a 39 años (06) y tenían enseñanza superior completa (15), de las cuales, tres tenían especialización y dos maestría (Tabla 1).

En cuanto a las profesiones, dos eran médicos, cuatro trabajadores sociales, cinco psicólogas, una enfermera, una técnica de enfermería, una farmacéutica y una nutricionista.

El tiempo de trabajo en el área de la salud osciló entre dos y 21 años. Prevalecen los que llevan entre cinco y diez años trabajando (06). Los profesionales con menos tiempo trabajando en el área se incorporaron en los últimos cuatro años (08) y un trabajador llevaba 21 años en la salud (Tabla 1).

En cuanto al trabajo en el área de salud mental, más de la mitad de los participantes del estudio habían trabajado en el área hasta cuatro años (08). Entre los participantes, predominaban los funcionarios con régimen estatutario (09) (Tabla 1).

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de trabajadores de atención psicosocial. Municipio del interior de Minas Gerais, 2016.

Variable		N
Sexo	Femenino	13
	Masculino	2
Grupo de edad	De 20 a 29 años	4
	30 a 39 años	6
	40 años o más	5
Etnia	Blanca	10
	Negra	1
	Parda	4
Estado Civil	Soltero	5
	Pareja de Hecho	8
	Divorciado/separado	2
Escolarización	Educación Secundaria	1
	Educación superior completa	14
Tiempo de trabajo en la Salud	Hasta 4 años	5
	De 5 a 10 años	6
	11 años y más	4
Tiempo de trabajo en Salud Mental	Hasta 4 años	8
	De 5 a 10 años	4
	11 años y más	3
Relación laboral	CLT*	2
	Estatutaria	9
	Temporal	4

* Consolidación de las Leyes del Trabajo

Los temas articuladores construidos a partir de los grupos focales: *Violación de los derechos humanos*; y *Atención humanizada*.

Violaciones de los derechos humanos

Los puntos más destacados fueron: problemas en la atención de las urgencias psiquiátricas, contención inadecuada, violencia física, reingresos constantes relacionados con la forma de atender las urgencias psiquiátricas en las Unidades de Atención de Urgencias (UPAs) y la falta de accesibilidad a los distintos puntos de la red, falta de acceso a los derechos sociales y asistenciales y reproducción de prejuicios:

Esta semana estuvimos allí en la UPA [...] y había un paciente atado, con el brazo ya magullado de tanto luchar. [...] Es incluso inhumano el modo en que se les trata. (Azalea)

El paciente llega al servicio de urgencias, incluso a veces después de un abuso [sexual] y se le trata de la peor manera. (Gerbera)

Tuve un caso de un usuario [...] [que] trabaja con materiales reciclables todo el día. Se rompió la pierna, fue a la UPA

y ¡no le atendieron! Quebró toda la UPA [...]. Entonces llamaron a la policía y se lo llevaron en lugar de atenderlo. [...] Es un derecho violado, un tras otro, muy complicado. (Azalea)

Se señala la falta de preparación de las UPA para atender la demanda de salud mental y el uso recurrente del hospital psiquiátrico como “*primera opción*”:

¿Qué ocurre? Quieren desovar, como si nosotros [el hospital psiquiátrico] fuéramos el negocio que tiene que aceptar. (Edelweiss)

Las dificultades para hacer frente a las demandas de salud mental se relacionaron con las prácticas de contención llevadas a cabo de forma desproporcionada e irregular, percibidas por los trabajadores como una violación de la integridad física y de los derechos humanos:

[...] un usuario que estaba en situación de calle y lo llevaron a la UPA, lo llevaron atado. Estaba todo magullado. Deberían haberle dado una derivación [...] le devolvieron [usuario] a la calle. Con dos días, se puso de nuevo nervioso, volvió de nuevo y nada. (Azalea)

¡He visto a la UPA haciendo derivaciones y prescribiendo correctamente, y he visto otras que son horribles! He visto a pacientes contenidos sin medicación, sin ser medicados adecuadamente. Y también los he visto herir al paciente a propósito. (Lirio)

Se trae que las UPAs han priorizado la contención física o mecánica en lugar de otros recursos terapéuticos, generando sufrimiento en los usuarios:

Lo que me gustaría decir es lo siguiente: ¡que la contención física sin contención química es una tortura! [...] [La contención] es una indicación médica, tiene que ser medicada conjuntamente, ¿entiendes? Por lo tanto, la contención física que se hace sin indicación médica, simplemente que estés atado allí, porque la familia te ató, porque alguien te ató, eso está errado. (Crisantemo)

El reconocimiento de las prácticas inadecuadas y violentas de contención física fue contrarrestado por la reanudación de un curso de formación sobre contención ofrecido a los trabajadores por la alcaldía, que habría generado mejoras:

Esta parte en la contención ha mejorado mucho debido al conjunto de médicos, de trabajo en el que nosotros [el equipo de matriz de estrategias] estamos hablando. (Acacia)

El equipo marca una gran diferencia. La gestión verbal con el paciente, la gestión ambiental, dejará de contener a muchos pacientes, por el equipo. Me refiero a cualquier persona, un médico, un técnico, un enfermero, un auxiliar, cualquier profesional de salud que esté en el lugar y pueda gestionar. (Lirio)

Los problemas que se dan en las UPA son: la falta de cualificación de los profesionales, el desconocimiento de la red y también las dificultades de referencia y contrarreferencia:

La impresión que tengo es que hay mucha suerte y mala suerte de los que están [trabajando] en el día. Porque he visto varias veces al SAMU que [se] niega a hacerlo o, entonces, viene y se va sin llevar al paciente. He hablado con gente del SAMU y tengo la impresión de que es según quien trabaje en el día, y en UPA también. (Lirio)

Por otro lado, se destacaron situaciones en las que el soporte del Cuerpo de Bomberos y del SAMU se consideró de alta calidad:

Porque el SAMU es lo que tú has dicho. El otro día se dio el caso de un paciente que salió de la UPA, absolutamente descontrolado. Ese es el que yo le estaba reteniendo [con gestión verbal en el CAPS] hasta que llegó el SAMU [...] La conducta del SAMU fue increíble ese día, porque la persona que estaba allí era ciertamente muy adecuada y fue al [hospital psiquiátrico]. Lo que más me tranquiliza es que han conseguido hacer la contención química. (Margarita)

La violación de los derechos humanos fue señalada, todavía, en los casos de internamiento en el hospital psiquiátrico con la presencia de la policía militar y en relación al abordaje de la persona en situación de calle (PSC) en plazas:

El SAMU sólo sabe llegar al [hospital psiquiátrico] con la policía. Si viste lo que pasó la semana pasada. El paciente estaba en crisis y la policía le dijo “¿Puedo pegarle con un garrote? [...] La enfermera dijo: “No. Puedes pegarle, ¡pero entonces tenemos que comunicarlo a la fiscalía! [...] La enfermera se giró, le estaba pidiendo [al usuario] que se levantara, él no se levantaba y [la policía] dijo: “¡Tengo algo más que hacer!” Cogió un vaso de agua y se lo tiró a la cara al paciente. (Edelweiss).

La violación de los derechos de las personas con trastornos mentales también se describió como la falta de accesibilidad a la red de SUS expresada en la demora para acceder a las especialidades a través del sistema de colas electrónicas:

Hay pacientes que se trata de un trabajo ambulatorio y les das de alta. No es de ninguna manera un paciente del CAPS [...] Estará tres meses en la cola electrónica para acceder de nuevo y luego la prescripción está vencida, vuelve a ser hospitalizado o vuelve por demanda espontánea del CAPS. (Clavelina)

Se describe la cronificación de los usuarios en el CAPS y la imposibilidad de “*darse de alta*”:

Los pacientes que dejan el CAPS son abandonados en el tratamiento. [...] Dar de alta es extremadamente complicado. Si se les remite a la UBS [unidad básica de salud], ¿cuánto tiempo tardará? [...] Esperó 3 o 4 meses para ser atendido.

Llegó a la UBS y fue atendido en 5 minutos, la calidad baja en relación con la recepción y a ser bien atendido. Luego llega y dice que no le ha gustado el médico y decide volver al CAPS. (Crisantemo)

El difícil papel desempeñado en la decisión de las prioridades se entendió como una negociación de derechos y una transferencia de responsabilidades:

Pero llega un momento en que decimos: "Oh, nos quedamos con este, este es más urgente, dejemos este". Entonces tenemos que quedarnos, ¿sabes? ¡Seleccionando de los más serios! (Azalea).

Los relatos señalaron las dificultades para acceder a otros derechos sociales y de asistencia. Hubo una denegación explícita de derechos por prejuicio en relación con la PSR:

[...] tengo dos usuarios que están en situación de calle que tienen mucho tiempo de registro en la plantilla y he conseguido que pasen [...] en el INSS [Instituto Nacional de la Seguridad Social]. [...] las personas a veces tienen derecho, pero acaban por no acudir al CRAS [centro de referencia de asistencia social] para poner en marcha el proceso o la documentación de la ayuda y la enfermedad. Hubo una enfermera que dijo: "No veo ningún beneficio en conseguir beneficios para alcohólicos, ¡beben todo en alcohol! Le dije: "Mira, mi experiencia dice totalmente lo contrario. Porque cuando se consigue un beneficio, la persona se beneficia realmente [...] encuentra un lugar, deja la calle, mejora su calidad de vida, reduce el consumo de alcohol y drogas. (Azalea)

Atención humanizada

Se identificaron cinco núcleos de significado: las dificultades para comprender a la persona con trastorno mental más allá del diagnóstico, la autonomía de los usuarios, la inserción en la comunidad, la ampliación de los dispositivos de atención, el trabajo en equipo. Se describe que es frecuente la reducción del sujeto a su diagnóstico por parte de los familiares e incluso de los trabajadores de la salud:

Esto es algo que, si se presta atención, contamina. Cuando decimos: "Oh, fulano es esquizofrénico". No. Puede tener esquizofrenia, pero no es esquizofrénico. (Amaryllis)

La semana pasada asistí a un caso en el que el padre dijo exactamente eso. Y yo dije: "Mira, ¿qué espera del caso?" [...] Y él dijo: "Que la arreglen la cabeza". (Margarita)

¡Y hay muchas personas que incluso exigen que se haga un "examen de cabeza" para ver qué es lo que está mal por dentro! Algo mecánico debe estar mal. Es un pequeño botón que se pulsa y se arregla. (Lirio)

De manera diferente a esta reducción del usuario al diagnóstico, dialogando sobre las concepciones del hombre y de la salud propugnadas por los principios de integralidad y equidad, se informó:

Creo que la humanización parte de este principio: que se tiene en cuenta la historia del sujeto. Ves a esa persona ahí como un sujeto, que tiene derecho al acceso, a la prevención, a una atención humanizada, ética y digna, igual que nosotros estudiamos. (Margarita)

Se planteó la necesidad de que la comprensión de los usuarios de la atención en salud mental sea considerada en el proceso de formulación de una atención integral y humanizada, de manera que se valore la autonomía y singularidad de los sujetos y se construyan relaciones horizontalizadas:

Y tiene que ir donde se sienta bien, y esto es parte del tratamiento de la persona. Es bueno cuando te sientes bien en un lugar, incluso te recuperas más rápido. Y también aprender. No es sólo porque seamos profesionales que sabemos más que ellos, ¡no! Él también sabe y puede enseñarnos, podemos aprender. A través de historias, enseñanzas, escuchando. (Flor de Loto)

La autonomía de los usuarios surgió en otros momentos, cuando se informó de las dificultades de los residentes de SRT y PSR para ser atendidos en los servicios sin el acompañamiento de los trabajadores:

Nuestro público [de las SRT], ahora tiene un poco más de apertura. ¿El equipo hará un seguimiento? [...] Si el equipo no hace un seguimiento, el dentista no atenderá. (Acacia)

La gente se resiste a atender a los en situación de calle. Pero estamos consiguiendo mejorar esto [...] con flexibilidad y explicando mejor esta cuestión del derecho [...]. Antes, si algún usuario por la noche necesitaba acceder a la UPA, ¡no había servicio! Volvimos al día siguiente y no nos habían atendido, había quebrado la UPA, era peor. [...] Ahora, incluso cuando van solos, tienen mejor acceso al servicio. (Azalea)

La circulación en los territorios y el acceso a los espacios públicos fueron señalados como estrategias de atención humanizada:

En el hospital [...] hemos hecho asociaciones con algunos lugares, como la residencia terapéutica, para ocupar espacios públicos. [...] y había pacientes que nunca habían visto una piscina. [...] un tobogán [y se fueron a dar un paseo por el club]. (Clavelina)

Hay actividades que creo que son importantes y que a veces no son consideradas por el equipo: las actividades externas. Es muy importante poner el CAPS en la calle, ocupar la ciudad. Por ejemplo, hay gente que ha nacido aquí,

ha vivido aquí y hasta hace quince días nunca había entrado en el teatro del SESI y fuimos allí e hicimos una pieza. [...] Este contacto es para poder hacer la inserción social y esto es una forma de trabajo humanizado. Ocupar los espacios públicos de la comunidad es incluso un acto de resistencia. El centro comercial, por ejemplo, es una experiencia antropológica al ver las caras de la gente. (Camelia)

Y tenemos esta práctica de humanizar mucho: “¿Vamos a tomar un café?”, “Entonces, vamos a la panadería”. Y es incluso divertido porque, al principio, este tema de la resistencia está muy claro [...] Y la gente de la panadería ya está acostumbrada a este movimiento, nos gusta mucho ir allí. [...] Al otro [usuario] le gusta comer sentado y en cuclillas en la puerta [de la panadería] y nadie dice nada. (Clavelina)

Acceder a los espacios públicos, ir al centro comercial, al club, al teatro, al cine e incluso tomar un café en una panadería fueron descritos como momentos constitutivos de resistencia, primordiales para la construcción de vínculos con otros territorios existenciales, más allá del ámbito de los servicios especializados. Sentirse acogido en los servicios y la ampliación de los dispositivos de atención son materializaciones de la atención humanizada:

Acepté el reto de estar en CAPS y CAPSi precisamente para hacer ¿qué? Para llevar la música [...]. Porque hablar de la enfermedad, atender al paciente, hablar de que es diferente y privilegiar la diferencia no es fácil, pero demostrar que puede ser igual a todos. Entonces, usted se pregunta: “¿Cuál es la prima, cuál es la medalla de oro?” Es precisamente haber conseguido llevar la música al servicio. (Glicinia)

El cuidado con su comida en el hospital es una parte muy humana, desde mi punto de vista. [...] La cuestión de celebrar los cumpleaños del mes. Hay personas que nunca han tenido una fiesta de cumpleaños y si están allí en el hospital, harán una fiesta, habrá tarta, cantarán el cumpleaños feliz, es muy bonito. (Clavelina)

Se destacó el trabajo en equipo orientado a la creación de estrategias conjuntas por parte de los trabajadores del hospital psiquiátrico, el CAPS y el equipo de matriz de estrategias para afrontar el reingreso y favorecer la adhesión de los usuarios y las familias a los servicios comunitarios:

Si el paciente da un grito, ya va a la UPA y la derivación va directamente al [hospital psiquiátrico]. Hemos intentado crear alternativas [...] Visitamos juntos y le decimos al paciente que está a punto de salir [del hospital] y hablamos de que venga aquí [CAPS], trabajando eso con la familia, haciendo visitas conjuntas. Esto ha funcionado muy bien, en el sentido de evitar nuevos ingresos. (Clavelina)

La familia marca una gran diferencia en la adherencia al tratamiento [...]. Si el paciente tiene una familia que le ayuda, que le acompaña, muchas veces puede hacer todo bien, tomar la medicación. [...] Así que tenemos que hacer este movimiento de ida y vuelta [visitas conjuntas y participación de la familia]. (Lirio)

La matriz de estrategias brinda la oportunidad de mantener esta conversación con todos. Porque cuando nos sentamos a discutir el caso, es el médico del ESF [equipo salud de la familia], la enfermera, el dentista, el agente comunitario, que se ocupa de esa persona, el psiquiatra, el psicólogo. Por lo tanto, todos, cada uno tiene una parte de responsabilidad en la mejora de esa persona. (Glicinia)

DISCUSIÓN

La hospitalización psiquiátrica fue señalada como resultado de las dificultades de las UPAs para atender las emergencias psiquiátricas, la falta de calificación de los profesionales para el manejo de las crisis, la falta de accesibilidad a los servicios especializados y a los medicamentos, además de las condiciones sociales que viven las familias y los usuarios.

Ante una red asistencial con dificultades para atender las demandas de acceso a las especialidades médicas y a la tecnología de apoyo al diagnóstico, y con escasos avances en el abordaje de la salud mental en la comunidad y en los territorios, los servicios especializados se constituyeron como un locus privilegiado de atención.

Ante los avances en materia de derechos y atención integral a las personas con trastornos mentales^{1,2,5,6,10}, se esperaba que el ejercicio de la ciudadanía y el respeto a los derechos humanos de estas personas se consolidaran en el país¹⁴. Por lo demás, el estudio reveló que la violación de los derechos humanos sigue siendo recurrente en la vida cotidiana de los usuarios de los servicios de salud mental.

Los participantes en el estudio se enfrentan a diario con los restos de la lógica del manicomio y con los “deseos de manicomios”²⁰, además de todo tipo de prejuicios, violaciones de los derechos humanos y desafíos para la aplicación de la atención humanizada. La forma en que los trabajadores de la RAPS perciben las violaciones de los derechos humanos en el

municipio de Minas Gerais está en sinergia con las reflexiones construidas por el equipo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Proyecto WHO QualityRights²¹.

El estudio de la OMS²¹, desarrollado con usuarios de dieciocho países de ingresos medios y bajos, identificó que las violaciones de los derechos humanos fueron entendidas por los participantes como: abuso/violencia sexual, abuso/violencia física, explotación financiera, denegación de acceso a servicios de salud/servicios de salud mental/servicios médicos, falta de condiciones/medios que permitan a las personas vivir de forma independiente en las comunidades; negación del derecho a formar una familia/negación de la posibilidad de contraer matrimonio, restricción/negación de oportunidades de empleo, detenciones arbitrarias; marginación, exclusión y discriminación en la comunidad²¹.

Los participantes mostraron una gran agudeza a la hora de identificar las violaciones relacionadas con el abuso/violencia física, la denegación del acceso a los servicios de salud y otros derechos sociales y de asistencia, y los prejuicios/la marginación sufridos en los servicios y en la comunidad, así como la marginación, la exclusión y la discriminación en la comunidad²¹.

En la investigación no se abordaron otras dimensiones de la violación de los derechos humanos: la explotación financiera, la falta de condiciones/medios que permitan a las personas vivir de forma independiente en las comunidades, la negación del derecho a formar una familia/la negación de la posibilidad de contraer matrimonio, la restricción/la negación de las oportunidades de empleo²¹. Estas dimensiones van más allá de la vida cotidiana de los servicios de salud, abarcando otros servicios y contextos de la vida de los usuarios y apuntando a los *"desafíos más allá de los muros institucionales"*²².

El equipo del Proyecto *WHO Quality Rights*²¹ advierte que la falta de acceso a los servicios de salud mental y la aparición de abusos y malos tratos por parte de los profesionales de salud son preocupantes. Como se vio en el estudio del municipio del interior de Minas Gerais, los participantes destacaron la ocurrencia de malos tratos que involucran a los profesionales de las UPAs y del SAMU, especialmente en la atención de las emergencias psiquiátricas. También se mencionó la violencia física en el abordaje por parte de los agentes de policía, lo que señala la importancia de ampliar el debate sobre la atención de urgencia a otras categorías profesionales y sectores.

La violencia física fue relacionada por los profesionales con la inadecuada contención física de los usuarios. Situaciones como las descritas por los participantes hacen referencia a su uso a lo largo de la historia, a menudo aplicado como castigo por los profesionales²³.

Un estudio desarrollado en Australia²⁴, con usuarios de servicios de salud mental, familiares y personas que los apoyan exploró sus percepciones sobre las prácticas de aislamiento y contención en los servicios de salud y reveló que consideran dichas prácticas innecesarias y responsables de agravar los problemas de los usuarios, familiares, cuidadores y trabajadores.

El estudio australiano destacó los siguientes factores que afectan a las prácticas precarias: el estigma, el miedo, la falta de recursos para el cuidado, el entorno físico y la cultura organizativa²⁴. En Brasil, una investigación realizada con trabajadores de la salud que participaron en un curso sobre crisis y urgencia en salud mental, ofrecido en colaboración por el Ministerio de Salud y una universidad federal, reveló que, a juicio de los profesionales, la contención mecánica y farmacológica y la hospitalización han predominado en la atención a las urgencias²⁵. Por lo tanto, es importante profundizar en los estudios sobre la reproducción de las prácticas de contención y evaluar sus relaciones con las dificultades de los profesionales y los servicios para desarrollar otras estrategias de gestión de los casos de emergencia psiquiátrica²⁵.

En este sentido, la gestión de las crisis y emergencias requiere superar un enfoque centrado en los signos y síntomas²⁵. El personal y los servicios de salud apenas están preparados para atender demandas divergentes del orden de la sintomatología habitual y de

los parámetros de la clínica biomédica y, por ello, la atención se entiende rápidamente como ajena a la urgencia^{23,25}.

El abordaje integral de las personas con trastornos mentales es fundamental para la construcción de una atención psicosocial más allá de los síntomas y signos y con una amplia inserción comunitaria, como recomienda el MRP^{14,26}.

Entender las demandas de los usuarios de forma integral y contextualizada puede conducir a cambios para garantizar la reinserción social mediante el ejercicio de los derechos civiles, el fortalecimiento de los vínculos familiares y comunitarios, así como la lucha contra la discriminación que sufren y sienten estas personas en sus relaciones sociales²². El estigma del trastorno mental y la condición de vida caracterizada por las constantes restricciones en el ejercicio de cualquier derecho son dificultades que hay que superar para fortalecer los vínculos sociales y familiares e incluso ampliar la búsqueda de apoyo²¹.

A la vista de las narrativas de los trabajadores, se entiende que hay que esforzarse por (co)construir un nuevo espacio social para la locura y la diferencia que se base en la defensa de los derechos humanos. Dada la diversidad de dimensiones que intervienen en las violaciones de los derechos humanos, no es posible que el sector salud supere por sí solo estos retos²¹. Es necesario invertir en iniciativas intersectoriales y en una amplia movilización de la comunidad, especialmente en la participación de los usuarios²¹.

En cuanto al cuidado humanizado, la comprensión ampliada del sujeto y de la salud se reveló como esencial para estructurar las reflexiones de los trabajadores, ya que apoya las prácticas de cuidado y las relaciones entre trabajadores y usuarios.

Humanizar es comprender a los sujetos implicados en las prácticas de salud en su totalidad. En este sentido, se añade que los sujetos de la atención a la salud, al igual que en la salud mental, deben ser reconocidos en sus dimensiones sociales, políticas e históricas, en la relación con la familia, la comunidad y la sociedad²⁶.

La atención a la co-construcción de sujetos autónomos y en relación recíproca es una perspectiva según la cual trabajadores, usuarios y familiares están en constante relación y construcción²⁷. El incentivo a la participación y el protagonismo de la sociedad contradice la lógica manicomial y fomenta nuevas prácticas de inserción en la comunidad²⁸.

En general, los encuestados expusieron una comprensión ampliada del sujeto histórico, considerando, además de su patología, la dimensión biopsicosocial del usuario integrado en el entorno del que forma parte. Esta comprensión es uno de los pilares del modelo de atención psicosocial²⁶.

Involucrar a los usuarios en la producción de conocimiento en salud mental y problematizar la comprensión de las prácticas que se les ofrecen es valorar la esencia de los servicios sustitutivos, es decir, garantizar una atención progresiva en una perspectiva no sólo asistencial, sino integral, percibiendo al usuario como protagonista y sujeto en su totalidad²⁸.

Una vez comprendidos y considerados plenamente en sus necesidades, los usuarios de los servicios de salud mental, junto con los trabajadores, están capacitados para diseñar proyectos terapéuticos capaces de abarcar la dimensión de la integralidad en los diferentes niveles de atención y en las políticas de salud.

En este intento, es importante discutir y corresponsabilizar a todos los sujetos implicados en dicho acuerdo, con el objetivo de escapar de la tutela incorporada en los proyectos terapéuticos y, sobre todo, evitar que el deseo de los usuarios sea nuevamente negado²²⁻²⁹. Estos son los riesgos que los servicios de sustitución deben evitar bajo pena de reescribir un nuevo disfraz para manicomios mentales.

La mediación del trabajador en el acceso y atención en otros servicios de la Red SUS y otras políticas puede presentarse, contradictoriamente, como garantía de derecho y como tutela²²⁻²⁹. Además, los relatos de los trabajadores se refieren a la cuestión crucial de los avances ya obtenidos en los servicios especializados de salud mental y la dificultad de acceder a otros puntos de las redes de salud y de asistencia social.

La superación de estos retos requiere la implicación de los trabajadores en el tejido de la red ya que, lejos de ser un mero dispositivo legal, se construye en la vida cotidiana de los servicios¹³.

Al analizar la articulación de la RAPS con otras instituciones, se reflexiona sobre los avances y también sobre las “*prácticas rudas*” derivadas de los procesos de desresponsabilización del cuidado³⁰. Estas prácticas pueden estar relacionadas con numerosos factores, entre ellos: la falta de formación de los equipos, la inseguridad de los profesionales, procesos de trabajo que no favorecen acciones como la acogida y una cultura de institución asilar que recorre el imaginario social³⁰.

La falta de corresponsabilidad en el cuidado también puede estar ligada a visiones tutelares sobre los usuarios que dificultan el desarrollo de la autonomía y la inserción comunitaria. La ruptura con estos puntos de vista encuentra un elemento estratégico en las actividades “*extramuros*” y en la ampliación de la circulación de usuarios a través del tejido urbano. Estas acciones contribuyen a la reanudación de la vida, a la construcción de nuevos vínculos y a la construcción efectiva de nuevos lugares para la locura^{28,29}.

La inserción de los usuarios “*de la salud mental*” en el territorio vital de la comunidad contribuye a la deconstrucción de las etiquetas estigmatizantes, a la ampliación de sus territorios existenciales y, más ampliamente, al retorno de la locura a la ciudad, lugar de intercambios sociales²⁷. Tales iniciativas contribuyen, además, al desarrollo de la autonomía y el protagonismo de los usuarios, a la ampliación de los vínculos de solidaridad y corresponsabilidad y a la ruptura de la llamada “*cronificación*” en los servicios de salud mental²⁹.

Las experiencias relatadas por los trabajadores permitieron vislumbrar cómo la RAPS ha emprendido esfuerzos para aumentar la capacidad de intercambio, valorar y singularizar la subjetividad de los usuarios de los servicios. Para ello, utiliza los dispositivos de atención instalados en la comunidad y en el territorio donde se desarrolla la vida social, como el teatro, los clubes, las panaderías, los centros comerciales^{22,29}.

La producción de cuidados, poco diversificada y exclusivamente dentro de los servicios de salud mental donde “*circula la locura*”, acaba siendo ineficiente y contradictoria con los cuidados psicosociales²⁰.

La desinstitucionalización y deconstrucción de prácticas y saberes en los servicios de base comunitaria debe ir de la mano de la ampliación y articulación de la atención en la red básica y sustitutiva, para potenciar el trabajo de un CAPS, como dispositivo transitorio que trabaja, preferentemente, en la interfaz con la comunidad, potenciando los recursos de apoyo social existentes y promoviendo el debate de la cultura del asilo que impregna los más diversos espacios de convivencia^{20,22,29}.

Es pertinente analizar si las prácticas de atención a salud en servicios sustitutivos no estarían promoviendo nuevas cronicidades^{20,22,29} y la regresión al modo centrado en hospitales, en el que el alta no es efectiva para la supuesta (in)capacidad de los usuarios de acceder a los servicios a los que tienen derecho y, sobre todo, generar vínculos en el territorio por sí mismos. Además, por supuesto, de los espacios restringidos donde “*circula la locura*”²⁰.

Sin embargo, existe la posibilidad de que los usuarios de los servicios dejen de ser reducidos a estratos, cuerpos docilizados para producir nuevos territorios, un hogar, un buen encuentro agenciado por el cuerpo en sus movimientos en el tejido social. Más allá del cuerpo cronificado y desacreditado, los lazos en el territorio pueden hacer surgir lo inédito y la posibilidad de (re)existir en nuevos territorios distintos al de la cronificación, ni de las historias clínicas, descripciones psicopatológicas y comportamientos esperados en la vida cotidiana de los servicios de salud mental²².

Para ello, es importante pensar que la reinscripción de los sujetos en el cuerpo social, promoviendo el acceso a la red, las actividades externas en la comunidad el alta, debe ser discutida con el propio usuario, mostrándole que no será un sufrimiento dejar de acudir al

servicio especializado, sino la consecución de otra fase importante en el tratamiento. Con este movimiento será posible construir nuevos vínculos con otros servicios y personas, ampliando su red social.

Otro aspecto importante es que los servicios de salud mental pasaron a realizar importantes trabajos asistenciales, convirtiéndose en referencias en las políticas públicas de salud mental y en un campo de formación estratégica de profesionales para el proceso de reforma psiquiátrica brasileña^{1,2}. En este sentido, se percibió incluso que, para dar lugar a una asistencia orientada a garantizar los derechos humanos y la ciudadanía, sería necesario reconocer urgentemente la necesidad de invertir en iniciativas de formación y educación continua centradas en el enfoque del modelo de atención psicosocial^{13,21,25}.

CONCLUSIÓN

Se observó que los trabajadores de la salud mental son sensibles a diversas formas de falta de respeto y de violación de los derechos humanos, entre ellas la violencia física practicada por los profesionales de la salud y la policía militar, las dificultades en la atención de urgencia por parte de los profesionales de la UPA y el SAMU, la contención física inadecuada, la falta de acogida, la reducción de los sujetos a sus diagnósticos, los movimientos familiares y profesionales que apuntan a la hospitalización, la falta de accesibilidad a otros puntos de la red SUS y a otros servicios de asistencia social y, por último, los prejuicios y estigmas en relación con los usuarios que repercuten en el acceso a la salud y otros derechos.

En cuanto a la atención humanizada a las personas con trastornos mentales, los trabajadores informaron de varias prácticas destinadas a garantizar el acceso a los derechos, valorando la atención y para la reconstrucción de la visión sobre los temas de salud mental. Las acciones destacadas por los trabajadores como expresiones del cuidado humanizado señalan la amplitud del cuidado psicosocial, anclado en una comprensión del sujeto y de la salud que no se limita a la dimensión asistencial y biomédica. Los trabajadores valoraron las actividades de inserción comunitaria como estrategias de resistencia y ocupación del tejido social, centrales para el éxito de la desinstitucionalización.

Por tratarse de un estudio cualitativo que exploró la realidad de un municipio del interior de Minas Gerais, se entiende que los resultados no son generalizables. Sin embargo, los resultados pueden estimular la investigación adicional, que es esencial en el contexto actual de retroceso en relación con las políticas de salud mental.

Se destaca la importancia de desarrollar estudios con usuarios, familiares y miembros de la sociedad civil para incorporar sus percepciones sobre la realización de los derechos humanos y la atención humanizada en los servicios de salud mental. En este sentido, se considera que la técnica del grupo focal puede contribuir a la creación de un espacio de reconocimiento mutuo y de escucha cualificada, potenciando el espacio del habla y de los intercambios entre los sujetos implicados.

REFERENCIAS

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 en 17 abr 2020]; 23(6):2067-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182306.07082018>
3. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013–2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [citado en 17 abr 2020]. Disponible en: 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 en 01 jul 2021]. Disponible en: 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]. Disponible en: 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]. Disponible en: 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. Disponible en: <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. Disponible en: 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. Disponible en: <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 ene 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]. Disponible en: 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. Disponible en: <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. Disponible en: <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. Disponible en: [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. Disponible en: <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 en 17 abr 2020]; 10:6. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0038-x>
25. Zeferino MT, Cartana MHF, Fialho MB, Huber MZ, Bertonecello KCG. Health workers' perception on crisis care in the Psychosocial Care Network. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* [Internet]. 2016 [citado en 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 en 17 abr 2020]; 21(3):400-8. Disponible en: <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 en 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 en 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 en 17 abr 2020]; 29(3):e290310. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290310>

Editora Asociada: Vania Del Arco Paschoal

CONTRIBUCIONES

Paulo Fernando Guarato de Moraes y **Pedro Henrique Misson Milhorim** contribuyeron al análisis, la redacción y la revisión. **Rafael Silvério Borges** y **Rosimár Alves Querino** participaron en la concepción, recogida y análisis de datos, redacción y revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Borges RS, Moraes PFG, Milhorim PHM, Querino RA. Violación de derechos humanos y atención humanizada: perspectivas de trabajadores de la red de atención psicossocial. *REFACS* [Internet]. 2021 [citado en *insertar el día, mes y año de acceso*]; 9(Supl. 2):807-819. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*

Como citar este artículo (ABNT)

BORGES, R. S.; MORAIS, P. F. G.; MILHORIM, P. H. M.; QUERINO, R. A. Violación de derechos humanos y atención humanizada: perspectivas de trabajadores de la red de atención psicossocial. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 9, Supl. 2, p. 807-819, 2021. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Borges, R.S., Moraes, P.F.G., Milhorim, P.H., & Querino, R.A. (2021). Violación de derechos humanos y atención humanizada: perspectivas de trabajadores de la red de atención psicossocial. *REFACS*, 9(Supl. 2), 807-819. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

