ANAIS CBCS 2019 | 3 a 5 de outubro de 2019 | Centro Universitário Santo Agostinho - Teresina – PI

CIBERATIVISMO DA FAMÍLIA E DOS FAMILIARES NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL¹

Lucia Cristina dos Santos Rosa, UFPI-PPGPP/DSS ² Sâmia Luiza Coêlho da Silva, UFPI-PPGPP

RESUMO

O tema do estudo focaliza a participação da família no processo de desinstitucionalização em saúde mental, a partir do ciberativismo. As indagações que levaram à implementação da pesquisa giram em torno de: como se identificam e se caracterizam as associações de familiares no espaço virtual? Que necessidades em saúde mental veiculam? O ciberativismo contribui para maior visibilização das necessidades dos familiares cuidadores, a partir de marcadores de classe social, gênero e etnia? Tem por objetivo geral: analisar a configuração da participação da família no processo de desinstitucionalização, a partir do ciberativismo e dos marcadores de classe social, gênero e etnias, no período de 1990 a 2018. A importância da mesma se situa na maior visibilização e equacionamento das necessidades da família, que no processo desinstitucionalizante em saúde mental tem padecido de crescentes sobrecargas, na direção do familismo. A metodologia da pesquisa é fundamentada em pesquisa qualitativa, com triangulação de fontes, tendo por principais ferramentas: a análise documental, bibliográfica, a pesquisa nos sítios virtuais das associações de usuários e familiares. Os achados e as conclusões sinalizam para a frágil manifestação das necessidades dos familiares e a parca visualização de seus marcadores de classe social, gênero e etnia, o que torna opaca a atuação e desenho.

Palavras-Chave: Ciberativismo. Cidadania. Família. Desinstitucionalização. Saúde Mental.

¹ Trabalho apresentado no Congresso Brasileiro Ciência e Sociedade (CBCS 2019), promovido pelo Centro Universitário Santo Agostinho, de 03 a 05 de outubro de 2019, em Teresina-PI.

² Lucia C.S. Rosa: Pós Doutorado em Saúde Coletiva Unicamp. Doutorado em Serviço Social. Docente do Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas. E.mail: luciacsrosa@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A partir da sociedade moderna, em que a loucura é capturada pelo saber médico, sendo enquadrada como doença/transtorno mental, inicia-se todo um processo que oscila em torno de políticas de encarceramento/internação ou desinstitucionalização desse segmento e de outros, sobretudo considerados improdutivos para o capital, seguindo a lógica capitalista que dita a importância e o valor da força de trabalho, agravada pela intensificação dos processos informacionais, que dispensa mão de obra, tornando inimpregáveis, parte significativa da força de trabalho.

Vale lembrar que segundo Robert Castel (1978) as políticas sociais implementadas pelo Estado moderno e voltadas para o louco, tinha um explícito caráter classista, pois não se destinava a todo e qualquer “louco”, mas ao pobre, não apenas destituído materialmente, mas, simbolicamente de tudo o que se tornou parte do processo civilizatório, sobretudo nos países subdesenvolvidos, que excluiu parcelas consideráveis do direito à educação, por exemplo.

Nesse contexto, as políticas prevalentes, foram as manicomiais, circunscritas às “instituições totais” (GOFFMAN, 1992) que fecharam a pessoa com transtorno mental na lógica organizacional, mortificando seu eu, obstando o usufruto da cidadania, considerada como processo de incorporação de novos segmentos ao gozo de direitos inerentes à esfera pública. Paradoxalmente, esse desenho se, por um lado, desfavoreceu a cidadania da pessoa com transtorno mental, por outro lado, favoreceu com o abrigo, a “cidadania” da família, pois tornou o cuidado do louco um encargo do Estado e de seus trabalhadores/agentes, desencarregando os familiares da produção de cuidados a esse segmento.

O pós a II Guerra Mundial, propiciou processos de desinstitucionalização, que permitiu a construção da cidadania da pessoa com transtorno mental, com a crescente perspectiva do cuidado em liberdade e afirmador de seus direitos, inclusive, os direitos civis.

No Brasil, em função da ditadura militar até os anos 80, o processo de desinstitucionalização em saúde mental ocorre tardiamente, influenciado pela experiência italiana, sendo adotado como política pública a partir de 1990, sendo coroado em 2002, com a Lei 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas

com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial para o cuidado comunitário (BRASIL, 2004), ações multiprofissional, em rede e intersetorial .

Nesse contexto, a família tem sido convocada a ser parceira (BRASIL, 2004) e ter uma atuação mais plural e complexa (ROSA, 2018), saindo do lugar instrumental, sobretudo como visita e recurso, como era inserida no modelo manicomial. Logo, alguns familiares passam a se organizar ou participar de associações, inicialmente na perspectiva de ampliar e lutar por direitos da pessoa com transtorno mental.

Segundo Waldir Souza (2001) as organizações de usuários e familiares lutam em torno de uma situação singular, contornada, de um lado, pela difícil compreensão e experiência com uma enfermidade enigmática, pois, perpassada por distintas representações, inclusive de natureza espiritual, médica e jurídica, que implica a totalidade do sujeito e que afeta sua credibilidade social, atravessada por sintomas de difícil entendimento, uso de psicotrópicos, que muitas vezes trazem efeitos colaterais e o estigma, extensível à família. Mas, buscam, sobretudo, o reconhecimento de uma identidade singular, que requer que seja forjada uma outra relação entre a sociedade e a loucura. Ou seja, buscam atuar no plano sociocultural e político, na perspectiva de ampliar a cidadania para a pessoa com transtorno mental.

Configura-se variadas formas de composição das organizações na saúde mental, com associações exclusivas de usuários ou familiares. Associações duplamente representadas, com usuários e familiares, usuários e técnicos, familiares e técnicos, até mesmo com os três segmentos, familiares, técnicos e usuários. Todavia, predominam as associações mistas de familiares e usuários. Muito embora usuários dos serviços, tradicionalmente denominados “pacientes” e familiares possam se fundir em um mesmo grupo, a família, haja vista a pessoa com transtorno mental ocupar diferentes lugares no seu interior, como esclarece Lima (2012), observa-se na organização das associações tensões e conflitos em torno de interesses e necessidades distintas para cada um desse segmento.

Nessa seara, a partir das experiências internacionais, Souza (2001) enfatiza que tende a se explicitar e comumente se confrontar, interesses, experiências e lógicas, muitas vezes distintas, que podem levar a rupturas ou convivência eivada de tensões e tensionamentos, de difícil equacionamento, em função das ações dos familiares tenderem a se orientar por uma lógica mais biologizante, pendente ao favorecimento

da internação integral e outras formas de divisão da produção do cuidado com o estado que, muitas vezes, reforça o modelo asilar, mesmo que a família tenha críticas em relação a ele, o que se expressa na máxima familiar de que “ruim com ele, pior sem ele”. Por que há momentos, principalmente na atenção à crise, que os familiares tendem a demandar por internação integral, em função da exaustão e ou espectro de serem agredidos a qualquer momento, até pelas dificuldades de manejo da pessoa com transtorno mental nos momentos de agudização dos sintomas, acompanhados no geral pelo sentimento de desamparo, que se intensifica nesse contexto. Por sua vez, os estudos mostram que a pessoa com transtorno mental tenderia a ser mais favorável aos serviços abertos e comunitários, ou seja, um cuidado em liberdade, em qualquer circunstância.

Nesse sentido ainda, observa-se subjacente à essa correlação de forças, necessidades distintas que são igualmente legítimas. De um lado, os direitos da família, a um lugar de proteção e refúgio para a pessoa com transtorno mental, inclusive para aliviar ou prevenir sua exaustão. Por outro lado, o direito da pessoa com transtorno mental, em ter preservado seu direito civil.

Eduardo Vasconcelos (2009) ao configurar o perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil informa que a primeira associação foi criada em 1978 no Rio de Janeiro, a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho - SOSINTRA, voltada explicitamente para a reinserção social da pessoa com transtorno mental pelo trabalho. Evidencia um número de 107 associações dessa natureza, de caráter misto, isso é, abarcando a participação de usuários, familiares, técnicos, profissionais da saúde mental, amigos, simpatizantes ou pessoas interessadas pela causa. A maioria foi criada ou tem vínculo orgânico com algum serviço de saúde mental, principalmente Centros de Atenção Psicossocial – Caps, tendo como característica principal essa dependência institucional e ao mesmo tempo, o maior protagonismo dos técnicos, o que, segundo o mesmo autor, gera uma dependência e fragilidade organizacional e política. Ao mesmo tempo e até como corolário, observa que há um descolamento entre as lideranças e as bases, o que cria barreiras na diversificação de lideranças, renovação e participação efetiva. Além disso, as dificuldades de participação são atribuídas às limitações impostas pelo transtorno mental, e entre os familiares, pelas sobrecargas advindas do processo de produção e cuidado e relacionadas às múltiplas

vulnerabilidades da vida, sobretudo precárias condições econômicas. Há uma maior intensificação na criação dessas instituições a partir de 1992, fomentada a partir de eventos públicos de saúde mental, sobretudo conferências de saúde mental, sendo a maioria formalizada, o que permite o acesso a recursos, inclusive públicos. A maioria apoia os processos desinstitucionalizantes em saúde mental, mas, são identificadas duas instituições que são contrárias à reforma psiquiátrica: O projeto Fênix, localizado em São Paulo e a Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais – AFDM, sediada no Rio de Janeiro. Têm como argumento principal a direção das políticas desinstitucionalizantes, aventando o risco de desassistência e sobrecarga para as famílias na produção do cuidado (AMARANTE, 1996).

Cecilia Villares *et al* (2013) também corrobora a heterogeneidade organizativa das associações de usuários e familiares, afirmando que as mesmas emergem da luta por reconhecimento e legitimação, confrontando as práticas discriminatórias e excludentes, fundamentando-se na defesa da liberdade, pelo empoderamento, participação e construção e ampliação da cidadania.

Logo, parece ser consensual a aceitação e luta em torno da cidadania da pessoa com transtorno mental. Contudo, as associações contra o processo de desinstitucionalização trazem para o debate os riscos, buscando manter o modelo asilar, como salvaguarda nas internações e forma de divisão de cuidado entre a família e o Estado, um risco possível, com os redimensionamentos neoliberais das políticas sociais, com o crescente desinvestimentos em gastos sociais.

Crescentemente, os familiares, também tem diversificado suas formas de se apresentar publicamente, inclusive pelo ativismo virtual, o qual associa o protagonismo social ao uso de novas tecnologias de comunicação, no espaço virtual, o que tem facilitado a disseminação de movimentos de caráter reivindicatório ou de fortalecimento de determinadas identidades. Amplia-se, assim, a possibilidade de difusão de conhecimentos e a mobilização, configurando o “ciberativismo digital ou ativismo *online*” (RIGITANO, 2003, p. 3), o que se torna complementar ou extensivo às ações de rua. Logo, observa-se um intenso potencial para maximizar a participação e, sobretudo, a informação do e entre familiares de serviços de saúde mental. Nesse contexto, torna-se pública a possibilidade de identificar as particularidades, as identidades e necessidades expostas no espaço público por familiares que

historicamente também sofreram processos de estigmatização e foram tolhidos da participação na cena pública por entender suas necessidades como localizadas e típicas da esfera privada. No entanto, observa-se silenciamento nas pesquisas sobre alguns marcadores sociais, acerca da família e dos familiares, sobretudo as condições de classe social, haja vista que apesar da universalização do Sistema Único de Saúde, as pesquisas informam que persiste no SUS as pessoas de baixa renda. Logo, as condições de provisão de cuidado no âmbito doméstico persistem ocultas, bem como dimensões étnico-raciais, sendo explorado em algumas pesquisas as dimensões de gênero, mas, ainda embrionariamente. Nesse contexto, a partir de pesquisa apoiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, através de bolsa produtividade, tem se dinamizado a pesquisa, que partiu das seguintes indagações: Como se identificam e se caracterizam as associações de familiares no espaço virtual? Que necessidades em saúde mental veiculam? O ciberativismo contribui para maior visibilização das necessidades dos familiares cuidadores, a partir de marcadores de classe social, gênero e etnia? Que configurações o ciberativismo oferece à participação da família e dos familiares cuidadores no processo de desinstitucionalização em saúde mental?

Tem por objetivo geral configurar a participação da família e dos familiares cuidadores no processo de desinstitucionalização em saúde mental, no contexto brasileiro. Enfatiza o protagonismo deste segmento a partir do ciberativismo, destacando marcadores das desigualdades sociais, em especial classe social, gênero e etnias, no período de 1990 a 2018.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória, descritiva e analítica, buscando maior familiaridade com o assunto abordado (GIL, 1999), ou seja, a configuração da participação das famílias e familiares cuidadores no processo de desinstitucionalização em saúde mental, a partir do ciberativismo, no período 1990-2018. Será apoiada na triangulação remetida à “[...] combinação de diferentes métodos, grupos de estudo, ambientes locais e temporais e perspectivas teóricas distintas no tratamento de um fenômeno” (FLICK, 2004, p. 237), a partir de diversas fontes e cenários de informações.

Para atingir os objetivos propostos, o percurso da pesquisa será subdividido em 3 fases. **A primeira fase**, para atender ao objetivo principal e o primeiro dentre os objetivos específicos, terá por base a revisão de literatura, envolvendo a contextualização histórica, epistemológica e caracterização do objeto, com aprofundamento das principais categorias que orientarão o desenvolvimento da pesquisa. **A segunda fase**, se baseará no mapeamento, na caracterização e na tipificação da identidade e necessidades veiculadas virtualmente pelas associações de familiares de saúde mental. De outro lado, a ação se centrará na construção de informações, **A terceira fase**, terá por foco, a organização, categorização e análise do material consignado, através dos momentos anteriores.

Será explorado os principais lugares e funções ocupados pela família e familiares cuidadores, como parceiros do processo de desinstitucionalização no contexto brasileiro e piauiense.

Desenvolver-se-ão estudos de caso, concebido como:

O estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real - tais como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de setores econômicos (YIN, 2005, p. 20).

O estudo de caso será desenvolvido no Estado do Piauí, em Teresina, capital, onde se centralizou o processo de desinstitucionalização. Para análise da desinstitucionalização no contexto brasileiro, o site das associações de usuários e familiares, constituirá a base principal de informação. Serão priorizadas como ferramentas um roteiro para levantamento e análise do conteúdo, que contemplam os objetivos do estudo, a partir dos sites, que permitam mapear, caracterizar e tipificar a participação da família e dos familiares cuidadores no processo de desinstitucionalização piauiense e brasileiro.

De um modo geral, a abordagem qualitativa terá prevalência no desenho da pesquisa, haja vista o investimento nas dimensões da subjetividade, das vivências, dos processos sociais inerentes à participação da família e dos familiares cuidadores como parceiros da produção do cuidado comunitário, assim como a experiência a partir dos marcadores de classe social, gênero e etnia. A pesquisa qualitativa, é conceituada como aquela

[...] que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 1996, p. 57).

As informações de natureza quantitativa constituem-se como fontes complementares e indispensáveis para melhor qualificar a análise.

Com base em Minayo (1996) a análise das informações construídas acompanhará os seguintes procedimentos: 1) ordenamento das informações, inclui-se aqui o processamento da revisão de literatura, mapeamento dos sites das associações de famílias e familiares cuidadores em saúde mental; 2) classificação das informações, depois de leituras exaustivas das fontes de informação, deve-se identificar as categorias específicas, levando em consideração os objetivos da pesquisa, principalmente a caracterização e tipificação das associações de familiares da saúde mental e suas formas de participação; e 3) análise final, onde se faz articulações entre as informações construídas e os referenciais teóricos da pesquisa. É neste momento que se responde às questões da pesquisa, fazendo uma ligação entre a prática e a teoria.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa virtual permitiu evidenciar associações mistas de usuários e familiares em todas as regiões e estados brasileiros, mas, com predominância na região Sudeste do País, sendo 5 vinculadas ao Piauí.

As associações de familiares de pessoa com transtornos do espectro do autismo foi a única que conquistou uma linha de cuidado específico para este segmento, mas, no texto do documento, a família figura de maneira genérica, sendo tratada apenas pelo impacto do diagnóstico (BRASIL, 2013).

As necessidades dos familiares encontram-se embutidas nas necessidades dos usuários diretos da saúde mental, parecendo ilegítimas as necessidades, sobretudo dos familiares cuidadores. Importante discutir que a necessidade de ambos são igualmente

legítimas, não havendo uma hierarquia entre segmentos. Todavia, persiste o foco nas necessidades e direitos dos usuários, o que pode ser visualizado na Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental (http://www.abrasme.org.br/resources/download/1363272123_ARQUIVO_CartadeDireitosDeveresdosUsuariosFamiliaresdosServicosdeSaudeMental.pdf, acessado em 06/09/2019). No texto da carta enfatiza-se os deveres dos familiares, sobretudo na produção do cuidado da pessoa com transtorno mental e diante do serviço, sem maiores investimentos em outras dimensões, a partir do olhar dos cuidadores familiares.

Há muito que se avança na perspectiva do direito da família, sobretudo pelo imperativo do ideário neoliberal nas políticas sociais brasileiras, com sérios riscos de se consolidar vertentes familistas (MIOTO, 2010), que restringem a função da política social no suporte da produção do cuidado efetivado pelo grupo familiar, a colocando como principal agente de proteção social junto com o mercado, parece estratégico alertar para a importância de redirecionar os rumos das necessidades veiculadas, assim como explicitar as principais características sociodemográficas da família, do perfil dos cuidadores domésticos da pessoa com transtorno mental e as condições de classe social, gênero e etnia. A literatura tem enfatizado que a produção do cuidado ainda é uma ação predominantemente feminina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÕES

Com a intensificação de eventos públicos da saúde mental, marcados pelo ideário da reforma psiquiátrica, na perspectiva de desinstitucionalização, ou seja, desconstrução de práticas que reforcem o modelo manicomial, a família e os familiares cuidadores tenderam a sair da inviabilidade social, inclusive por serem convocados para outro protagonismo social, como parceiros do cuidado comunitário. Nesse contexto, organizam-se em associações, inclusive através de redes sociais, ciberativismo, constituindo-se comumente em associações mistas, envolvendo usuários, familiares e técnicos, atuando sobretudo na defesa da construção da cidadania da pessoa com transtorno mental.

Desde 2004 observa-se um movimento mais intenso em torno da família e dos familiares nos processos de desinstitucionalização, que os abarca como parceiros do cuidado, tanto na perspectiva instrumental quanto de cuidar do cuidador.

Considerando os objetivos da pesquisa, observa-se a parca explicitação das necessidades diretas das famílias e dos familiares cuidadores no seu protagonismo político. Há prevalência nas associações virtuais dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental, na figura do “paciente identificado”, figurando os familiares mais no plano dos deveres. Logo, ficam subsumidas as necessidades dos familiares na saúde mental, apesar de sua inclusão em ações de cuidar dos cuidadores ou projetos de geração de emprego e renda. Ainda não se explicitam as condições de produção do cuidado, nem marcadores como classe social, gênero e etnias. Todavia, observa-se, movimentos em prol de oferecer suporte as famílias, sobretudo através de grupos de ajuda e suporte mutuo, tais como o grupo Transversões, vinculado à UFRJ, assim como o projeto ABRE e S.O.esq da Unifesp, que mantem uma rede social ativa de diálogo com a família.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. Brasil: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 10 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

GAMA, A. S. **Trabalho, família e gênero**: impactos dos direitos do trabalho e da educação infantil. São Paulo: Cortez, 2014.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1987.

GOFFMAN, E. **Estigma**: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 4ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

LIMA, R. C. C. Políticas sociais públicas e centralidade da família: implicações para a assistência na área de álcool e outras drogas. In: ALARCON, S.; JORGE, M.A. S. (Org.). **Álcool e outras drogas**: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012, p. 171-190.

MIOTO, Regina Célia Tomaso. A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências. P. 51-66. In: TRAD, L. **Família contemporânea e saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ORNELAS, Cirlene. Da família ao espaço público, em defesa da vida. P. 79-87. In: **Revista Fórum Mineiro de Saúde Mental**. Belo Horizonte: vol. 1 2004.

PERRUSI, A. **Imagens da loucura**: representação social da doença mental na psiquiatria. São Paulo: Cortez, 1995.

RIGITANO, M. E. C. Redes e ciberativismo: notas para uma análise de mídia independente. **Seminário Interno do Grupo de Pesquisa e Cibercidades I**, FACOM – UFBA, 2003.

ROSA, L.C.S. Ganhos da ação em rede a partir das associações de familiares na saúde mental. In: **Serviço Social, saúde mental e drogas**. DUARTE, M.J.O.; PASSOS, R.G.; GOMES, T.M.S. Campinas: Papel Social, 2017, p.141-159.

ROSA, L.C.S. Trabalho social com famílias na perspectiva da Política de Saúde Mental Brasileira. In: TEIXEIRA, S.M. (Org.) **Trabalho com família no âmbito das políticas públicas**. Campinas: Papel Social, 2018, p.213-236.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/TeCorá, 1999.

SOUZA, W.S. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(4) 933-939, jul.ago, 2001.

VASCONCELOS, E. M. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propósitos. **Cad. Bras. Saúde Mental**, vol.1, nº 1, jan-abr. 2009 (CD Rom).

VASCONCELOS, E.M. **Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: UFRJ/Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

VILLARES, C. C.; PIMENTEL, F.A.; ORSI, J.A.; ASSIS, J.C. Associação de usuários e familiares e estratégias para defesa dos direitos dos portadores de transtorno mental. In: MATEUS, M.D. (Org.). **Políticas de saúde mental**: baseado no curso Política Pública de Saúde Mental, do Caps Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p. 78-91.