

TRAJETÓRIAS DE ADOECIMENTOS E DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTALMaria Gessiane de Oliveira Silva¹Danielle Viana Lugo Pereira²Rafael Nicolau de Carvalho³Alecsonia Pereira Araújo⁴Kátiusca Torres Medeiros⁵

Artigo

Resumo

Os CAPS constituem-se novas formas de cuidado, pautada nas conquistas da Reforma Psiquiátrica, a qual instituiu a criação de um novo modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais. O estudo objetivou compreender as trajetórias dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) de um município da Paraíba em busca de cuidados em saúde, de modo a entender o processo de adoecimento por meio de suas narrativas. A metodologia utilizou-se de entrevistas semiestruturadas, análise qualitativa e observação participante, propiciando aos usuários a oportunidade de narrar suas histórias a partir do seu universo de valores e representações. Destaca-se como principais resultados, a percepção dos participantes sobre o adoecimento, a demanda da assistência por iniciativa própria e familiar e a apreensão da necessidade de um maior número de funcionários para potencializar a atenção direcionada as suas demandas. Conclui-se, que a trajetória em busca de cuidado em saúde é marcada por dificuldades de compreensão sobre o processo saúde/doença mental, tanto por parte dos próprios usuários quanto dos familiares, onde se evidencia marcas históricas de estigma e preconceito enfrentadas por este segmento populacional.

Palavras-chaves: Saúde Mental. Substâncias Psicoativas. Adoecimento. Centro de Atenção Psicossocial.

MENTAL HEALTH CARE AND CARE PATHS WAYS**Abstract**

The CAPS constitute new forms of care, based on the achievements of the Brazilian Psychiatric Reform, which instituted the creation of a new model of care for people with mental disorders.

¹ Assistente social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: mgessiane.o@gmail.com

² Professora Adjunto do Curso de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: daniellelugo.ufba@gmail.com

³ Professor Adjunto do Curso de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Pesquisador do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS-UFPB). E-mail: rafaeljp.carvalho@gmail.com

⁴ Professora do Curso de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Sociologia da UFPB. Pesquisadora do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS) E-mail: alecsonia@hotmail.com

⁵ Assistente Social do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Pesquisadora do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS). Mestre em Serviço Social pela UFPB. E-mail: katiuscatm@hotmail.com

The objective of this study was to understand the trajectories of users of a Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs (CAPS AD) in a city of Paraíba in search of health care, in order to understand the process of illness by their narratives. The methodology used semi-structured interviews, qualitative analysis and participant observation, which gave users the opportunity to narrate about their own history, based on their universe of values and representations. The main results are the perception of the participants about illness, the demand for assistance by themselves and their family, and the apprehension of the need for a greater number of employees to focus attention on their demands. It is concluded that the trajectory in search of health care is marked by difficulties of understanding about the health / mental illness process, both by the users themselves and their families, where there are historical marks of stigma and prejudice faced by this population segment.

Keywords: Mental health. Psychoactive Substances. illness. Center for Psychosocial Attention.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo constitui-se de uma abordagem sobre as trajetórias das pessoas com transtornos mentais em busca de cuidados em saúde no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) em João Pessoa/Pb, a partir das narrativas dos usuários. Assim, para melhor esclarecimento da temática, faz-se necessário, previamente, reportar-se ao Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

O referido movimento teve sua encetadura no final da década de 1970 em consonância ao período da redemocratização nacional (luta contra a ditadura militar), cujo processo assentou-se em diversos acontecimentos históricos, entre eles a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), caracterizada pelas denúncias de maus tratos aos usuários dos serviços de saúde mental. Dessa forma, o Movimento da Reforma Psiquiátrica instituiu-se não apenas como organização adversa a conjuntura do subsistema nacional de saúde mental (voltado para desinstitucionalização da loucura por meio da extinção dos manicômios), mas também ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas predominantes na época (CARVALHO, 2018).

Este movimento, similarmente atuou na defesa dos direitos de indivíduos em sofrimento psíquico, contribuindo para ideação de um novo lugar social para entidades qualificadas como "loucos" (CARVALHO, 2018) e para consolidação dos serviços substitutivos voltados para preservação da autonomia e da inserção social dos indivíduos acometidos por transtornos mentais, instaurando um novo paradigma de atenção à saúde mental no Brasil que alvitava romper com o modelo hegemônico — hospitalocêntrico,

centrado na internação e medicação como formas únicas de tratamento.

O principal objetivo deste movimento era desenvolver a conscientização da população, de que as pessoas com sofrimento mental necessitavam ser acolhidas, cuidadas e tratadas como sujeitos com direito de usufruir do convívio social e receberem apoio especial para sua reinserção na sociedade que estavam inseridas (CARVALHO, 2018). É importante ressaltar, que o respectivo movimento esteve intimamente articulado ao movimento sanitário brasileiro que influenciou a Reforma Psiquiátrica, através de suas ideias, propostas e princípios na luta pela saúde pública no país (MELO, 2012).

Durante toda trajetória, o movimento foi marcado por períodos de embates e também de conquistas, como a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, em 1987, na cidade de São Paulo, e de outras iniciativas na área da saúde mental. Esses serviços tinham a finalidade de ofertar “cuidado intensivo a usuários com quadro psiquiátrico grave sem lançar mão da hospitalização ou do frágil modelo ambulatorial [...]” (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2071). Ainda nesse período, foram implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas, bem como criadas cooperativas e residências para os egressos do hospital e associações. Tais experiências demonstraram que a Reforma Psiquiátrica era possível e exequível (BRASIL, 2005).

Subsequentemente, dentro da lógica da desinstitucionalização foi criado o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), sendo estes espaços de moradia e vivências, localizados na área urbana e articulados à rede de saúde mental de cada município. O SRT foi instituído pela Portaria/GM nº 106 de fevereiro de 2000 com a finalidade de suprir a ausência de moradia e proporcionar acompanhamento profissional aos usuários com transtorno mental, podendo ser constituído por residências individuais ou coletivas (BRASIL, 2004). A inserção do usuário em um SRT consiste em um longo processo de reabilitação voltado para constante busca de inclusão social (BRASIL, 2005).

Todavia, o marco do Movimento da Reforma Psiquiátrica foi à aprovação da Lei Federal nº 10.216/01, conhecida como Lei Antimanicomial, Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado, que afirma os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial, dando centralidade aos cuidados em serviços de base comunitária e estímulo à reinserção social e familiar, normatizando a prestação de assistência em todo o território nacional. No entanto, a mencionada Lei não estabeleceu os mecanismos nítidos para crescente extinção dos manicômios. De modo que, posterior a sua publicação várias portarias foram editadas a fim de melhor definir a

atenção destinada às pessoas em sofrimento psíquico e estruturar o novo modelo assistencial em saúde mental (SILVA; BATISTA; SINGER, 2018).

O novo modelo de atenção psicossocial tinha como bases a desconstrução do paradigma asilar manicomial e a inativação do hospício, em prol de uma aprimorada estrutura de serviços, dispositivos e estratégias orientadas para concepção de território e rede no cuidado, acolhimento e inclusão da pessoa com transtorno mental.

Em se tratando de expansão da rede de saúde mental, respaldada na Lei 10.216/01, no ano de 2002 é publicada a Portaria nº 336/2002, que regulamenta as modalidades de CAPS e seu funcionamento, a qual determinou que os serviços existentes no novo modelo assistencial deveriam ser cadastrados como CAPS e estruturados da seguinte forma: CAPS I, destinada a municípios com população acima de quinze mil habitantes; CAPS II, proposto para municípios com população acima de setenta mil habitantes; CAPS III, designado à prestação de serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental; CAPS AD, voltado para pessoas que apresentam sofrimento psíquico resultante do uso abusivo de álcool e outras drogas, e; CAPS i, destinados a atender crianças e adolescentes que apresentam sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. De modo que, os NAPS e os CAPS anteriores a esta portaria foram substituídos de forma gradativa em todo país pela nova modalidade, seguindo as particularidades dos municípios no que tange ao contingente populacional de cada território (BRASIL, 2011).

Em 2003, por intermédio da Lei federal 10.708/2003, o Ministério da Saúde criou o Programa de Volta para Casa, uma estratégia orientada para potencialização da emancipação de pessoas com transtornos mentais e dos processos de desinstitucionalização, bem como redução de leitos nos estados e municípios. O propósito do Programa é contribuir para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação. Para obtenção do mesmo, o indivíduo deveria ser egresso de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social (BRASIL, 2005).

A posteriori, no ano de 2011, após dez anos da Lei da Reforma Psiquiátrica, os CAPS passam a integrar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS, por meio da Portaria 3.088/2011 GM/MS, que estabelece a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A partir do referido instrumento legal, a rede de atenção ao usuário da saúde mental se amplia e outros dispositivos passam a integrar a RAPS com o propósito de melhor atender a população, a saber: (I) Atenção Básica em Saúde; (II) Atenção Psicossocial Estratégica; (III) Atenção de Urgência e Emergência; (IV) Atenção Residencial de Caráter Transitório; (V) Atenção Hospitalar; (VI) Estratégias de Desinstitucionalização; e (VI) Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

Diante das modificações na estruturação da rede e na oferta de cuidado inaugurado pela RAPS, entendemos que esse novo desenho altera os trâmites de busca do cuidado em saúde, propiciando uma diversidade de alternativas terapêuticas, bem como a ressignificação do próprio processo de cuidado.

Contudo, ulteriormente a esse período de avanços, é lançada a publicação da Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017 para modificar essa realidade. A proposta dessa portaria é aumentar o valor da diária de internação paga aos hospitais psiquiátricos e ampliar de 15% para 20% o número de leitos psiquiátricos nessas unidades. Dentre outras coisas, "a medida exige uma taxa de ocupação de 80% dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais como condição para que a instituição receba a verba de custeio do serviço" (BRASIL DE FATO, 2018, p. 1).

Esta deliberação, por conseguinte, acarreta significativas mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, por contraporem-se as conquistas obtidas na Reforma Psiquiátrica no Brasil, haja vista que desconsidera o êxito desta política e seus determinantes sociais (COLETIVO BAIANO DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 2018), bem como ameaça à rede de serviços substitutivos, estimulando a crescente expansão de pressupostos conservadores, e, portanto, o retorno à lógica manicomial, por meio da centralidade nos hospitais psiquiátricos e da ampliação do financiamento por leito.

A Atenção Psicossocial Estratégica, especialmente o CAPS AD III, cenário deste estudo, funciona como recurso para acompanhar as pessoas através de uma clínica ampliada, aumentando as possibilidades de participação social dos mesmos em seu processo de reabilitação psicossocial e no seu direito à cidadania.

Em face do exposto, o estudo objetivou compreender as trajetórias dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS – AD) em João Pessoa/Pb

em busca de cuidados em saúde, de modo a entender o processo de adoecimento por meio de suas narrativas.

2 METODOLOGIA

O estudo é de natureza qualitativa, por compreendermos que este parte do pressuposto de que a realidade e os fenômenos sociais são construídos socialmente e interpretados pelos atores sociais, mediante suas vivências, bem como pelos pesquisadores em sua relação com o objeto de estudo (ALVES, 2008).

A pesquisa foi desenvolvida no período de janeiro a junho de 2018, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) David Capistrano da Costa Filho, localizado no bairro do Rangel, do município de João Pessoa-PB. De acordo com a divisão por regiões orçamentárias, este se encontra situado no Distrito Sanitário II e na 7ª região da cidade.

O CAPS AD é caracterizado como um serviço voltado para acompanhar as pessoas por meio de uma clínica ampliada, aumentando as possibilidades de participação social dos mesmos em seu processo de reabilitação psicossocial e no seu direito à cidadania, tendo como base de intervenção a política de Redução de Danos.

Utilizamos como instrumento para coleta dos dados, a técnica de entrevista do tipo semiestruturada para recolher informações a respeito das narrativas dos participantes sobre o processo de adoecimento, ocasionado pelo uso abusivo de substâncias psicoativas e dos itinerários em busca do cuidado em saúde mental. Entendemos que para refletir sobre o adoecimento é necessário está atento às experiências dos indivíduos, bem como avultar a escuta, desenvolver o diálogo, que obterão visibilidade a partir das narrativas e interpretações dos próprios agentes. Sobre essa questão Moreira, Bosi e Soares (2016) ressaltam:

Caminhar em busca de um resgate subjetivo do usuário significa retomar aquilo que normalmente é menos valorizado, buscando *o como*, as formas usadas para descrever e avaliar o próprio adoecimento, algo que se constrói na linguagem usada não apenas pelos profissionais de saúde, mas também pelos próprios usuários, no entre das relações estabelecidas nos dispositivos. (MOREIRA, BOSI, SOARES, 2016, p. 225).

Posto isto, consideramos de suma importância escutar e dar voz ao indivíduo, sendo imprescindível perceber seu lugar de fala e a forma como ele fala de si e de sua condição de

pessoa que necessita de cuidados. Portanto, a narrativa é considerada como uma das formas mais adequada de acesso à experiência vivida, sendo por meio desta que os indivíduos lembram o que aconteceu e colocam a sua experiência em sequência, desencadeando os acontecimentos.

[...] a narrativa ocupa espaço privilegiado de encontro entre a vida íntima da pessoa e sua inscrição em uma história social e cultural, e se constitui como via de acesso aos significados através dos quais as pessoas constroem sua visão de mundo e as estratégias desenvolvidas diante dos problemas do viver (MÂNGIA; YASUTAKI, 2008 apud MOREIRA, BOSI, SOARES, 2016, p. 228).

Não há dúvidas que a narrativa privilegia aquilo que é experienciado por aqueles que contam suas histórias, isto é, “[...] ao que é "real", "verdade", para estes, sendo, pois, representações/interpretações particulares do mundo. Portanto, não devem ser julgadas como verdadeiras ou falsas” (MOREIRA, BOSI, SOARES, 2016, p. 231).

Para tanto, a pesquisa foi realizada com 04 participantes, cujos critérios de inclusão levaram em consideração as condições cognitivas dos integrantes no momento da coleta de dados para estabelecer entrevista, ter disponibilidade e aceitar participar do estudo. Ressaltamos que por se tratar de uma pesquisa essencialmente qualitativa, não temos a pretensão de produzir generalizações sobre o universo dos usuários do CAPS, mas, produzir compreensões sobre processos particulares. Utilizou-se ainda, a observação participante no processo de aproximação com o serviço e com os indivíduos selecionados para as entrevistas.

Para manter o sigilo e atender aos preceitos éticos as entrevistadas foram sistematizadas a partir de identificação dos participantes pela letra “D” (depoentes) e numeradas de 01 a 04, sendo representados pelas siglas D1, D2, D3 e D4.

Para análise do material utilizamos a análise de conteúdo do tipo categorial temática proposta por Bardin (2011), a qual consiste numa técnica de análise dos conteúdos expressos nos discursos por meio da identificação de unidades de sentido ou categorias. Guerra (2008) afirma que no âmbito da abordagem qualitativa a técnica de análise de conteúdo tem sido largamente utilizada por se adequar aos objetivos e funções desse tipo de abordagem.

A pesquisa atendeu aos pressupostos da Resolução CNS nº 510 de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis as pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. A pesquisa foi aprovada pela Gerência de Educação em Saúde (GES), sob o processo nº 17.303/2017, estando vinculada ao CAAE nº. 14166719.6.0000.8069.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na sistematização e organização do conjunto das narrativas dos usuários constata-se a apreensão afiliada a concepções, distribuídas em duas categorias de sentido: (1) Percepção dos processos e das experiências de adoecimento; (2) Trajetórias de cuidados em saúde mental.

Percepção dos processos e das experiências de adoecimento

Com relação a esse aspecto, verificou-se que os participantes do estudo atribuem a experiência do adoecimento ao uso contínuo e abusivo de substâncias psicoativas. No entanto, constata-se diferentes percepções nas narrativas, quais sejam: 1) representação familiar do problema e 2) uma autoimagem. Na primeira, a percepção se dá a partir dos discursos e comportamentos da família, geralmente negativos para com o usuário. Na segunda, o indivíduo, em uma reflexão pessoal, reconhece o uso abusivo. Como ilustração, o entrevistado D4 declara que percebeu o adoecimento a partir do discurso familiar e não exatamente pela dependência.

D4: Foi [...] quando comecei a beber, foi tanto que fui embora de casa, eu sabia que estava dando prejuízo [...] para minha mãe, pedindo dinheiro [...]. Pois, o dinheiro que ganhava na oficina gastava com cachaça. Minha mãe [...] falava que eu estava ficando viciado, mas eu mesmo não percebia.

Como exemplo da segunda percepção, os entrevistados D3 e D2 evidenciam o processo de adoecimento como de ordem física, mental, familiar e social que o uso abusivo ocasionou em sua vida, conforme narrativas a seguir:

D3:[...] comecei a perceber a minha mudança, o meu comportamento, porque não era normal o ser humano chegar no supermercado comprar 1 litro de bebida e ir pro banheiro, me trancava e bebia tudo. [...]. Acordava de manhã, minhas mãos ficavam balançando direto, muitas vezes ia para o shopping tomar um cafezinho [...]. Tinha que segurar a xícara com as duas mãos, eu não tinha firmeza. [...] Eu tentei falar com meu pai falecido muitos anos, eu falava com ele colado na cama, minha esposa dizia que estava ficando maluco e tentei suicídio duas vezes naquele ponto de Cem Réis. Naquele viaduto, o inimigo colocou um tapete verde; como se fosse um jardim pra “mim” pular. [...] Só que eu não queria me matar, eu queria matar o meu problema. Aí foi que eu descobri, que eu queria viver mais, queria tirar o problema do meu alcoolismo e da situação que eu passo em casa, né? [...] Eu não via o problema que [...] estava causando a minha esposa [...], a minha filha, perturbando por causa das drogas, eu queria espancar, eu queria bater, entendeu? Quer dizer, eu estava totalmente errado [...] hoje ela me olha com outro olhar [...]. Aí eu fui perceber justamente isso, que eu estava realmente doente.

D2: [...] queria beber, não podia ter uma moedinha no bolso que eu queria tomar uma dose. Todo dia era assim [...]. Ai ficava me tremendo, [...] enquanto eu não tomasse não passava. [...] Eu passava três dias bebendo, dava um tempo e depois voltava. Agora graças a Deus acabou. [...] Quando eu perdi meus filhos, [...] entrei em depressão e fui beber.

Merece destaque nas narrativas dos entrevistados o fato da dependência de substâncias psicoativas ter iniciado com o uso do álcool, visto que trata-se de uma substância legalizada e aceita socialmente, a qual torna-se um fator facilitador de iniciação do consumo para outras drogas. Sabe-se que estas podem ser divididas segundo a Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD (BRASIL, 2013) em dois grandes grupos, quais sejam: as lícitas, que são aquelas comercializadas de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição, como o álcool, cuja venda é proibida a menores de 18 anos, e alguns medicamentos que só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica; e as ilícitas, que se constituem como aquelas substâncias proibidas por lei, cuja venda ou comercialização, mesmo que feita é de forma ilegal. São exemplos de drogas ilícitas o crack, a cocaína, a maconha, dentre outras. A maioria dessas substâncias causa dependência e quando isso ocorre, além de afetar a saúde de quem faz uso, afeta também diretamente as relações familiares e sociais.

O álcool no Brasil é configurado como a principal droga consumida, tanto por homens quanto por mulheres, sendo o alcoolismo considerado como problema de saúde pública devido a sua complexidade, efeitos negativos a saúde e a qualidade de vida dos usuários. Por vezes, observamos campanhas publicitárias que enaltecem o incentivo ao uso do álcool, colocando como expressão de alegria, beleza e prazer. Mediante isso, faz-se necessário à intensificação de campanhas de orientação e prevenção ao consumo de drogas para contrapor esse incentivo. Visto que, o álcool pode se configurar como porta de entrada para as demais drogas existentes, a exemplo da maconha e do crack. De modo geral é sabido que, neste país a problemática das drogas ganha maior visibilidade quando passa a ser encarada pelo Estado como uma questão de saúde, em que iniciam as implementações de políticas públicas de atenção dirigidas aos usuários de drogas.

A Política Nacional sobre Drogas (PNAD), através da Resolução nº 03, de 27 de outubro de 2005, do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), representa um avanço quando passa a visar o cuidado não só com a droga em si, mas também com o usuário. De modo geral, essa política deu margem aos cuidados e tratamentos adequados para todos os usuários, distinguindo quanto ao grau de uso, tendo em vista que as formas de tratamentos são um pouco diferenciadas.

Considerando que nossos entrevistados revelaram que seu processo de adoecimento está intrinsecamente relacionado ao consumo do álcool, destacamos como enfrentamento a essa problemática a Política Nacional sobre o Álcool, aprovada através do Decreto presidencial nº 6.117/07 com a finalidade de prevenir os danos à saúde e à vida, como também a situações de violência e criminalidade envolvida nesse contexto.

Através desse decreto, a Política Nacional do Álcool, se apresenta na perspectiva fundamentada na intersetorialidade e na integralidade de ações que visem à redução de danos sociais, à saúde e à vida, causados pelo consumo do álcool, como também do enfrentamento coletivo frente aos problemas do alcoolismo. Esta política pauta-se ainda na importância da relação do governo com a sociedade civil, visando ações de saúde pública, no intuito da garantia de direitos.

Não há dúvidas dos avanços legais em relação às preocupações em torno da problemática das drogas, no entanto devemos estar sempre atentos na busca pela ampliação e efetivação de ações que promovam o resgate da cidadania e a criticidade do usuário para a vida.

Além dessa discussão acerca da temática do álcool e drogas, as narrativas enfatizam para a compreensão do adoecimento atrelado a experiência de sentir-se mal física e mentalmente, o que correntemente origina as representações da doença, haja vista, a perspectiva de que: “é através das impressões sensíveis produzidas pelo mal-estar físico e/ou psíquico que os indivíduos se consideram doentes” (ALVES, 1993, p. 268). Vejamos as narrativas a seguir:

D1: Só percebi que estava doente, quando já era tarde demais, porque foi quando comecei a perder movimentos [...], deixei de andar e de se locomover. E a mente só pensava coisas ruins.

D4: [...] Eu perdi tudo [...] mas foi quando comecei a sentir dores fortes no peito, vomitando muito [...] imaginei que estava com uma doença grave. [...] Aí quando comecei a ver vultos, falar sozinho não tinha mais o que fazer, a doença tinha tomado conta de mim. Agora estou melhor tomando a medicação todo dia.

Tal narrativa concebe o processo de adoecimento caracterizado pelo modelo biomédico que considera a doença como um processo de propriedade patológica e física. Portanto, trata-se de um pensamento dominante na nossa sociedade, cuja definição de doença e tratamento é exclusiva da medicina.

O enfoque tradicional na etnomedicina era a identificação das categorias das doenças segundo o grupo estudado, reconhecendo-se que o que é definido como doença, como estas são classificadas, e quais sintomas são identificados como sinais das doenças, variam de cultura para cultura e não necessariamente correspondem com as categorias da biomedicina (LANGDON, 1995, p. 07).

Para esta autora, o entendimento de doença como processo deve seguir alguns passos, quais sejam: o reconhecimento dos sintomas do distúrbio como doença; o diagnóstico e a escolha de tratamento; e a avaliação do tratamento. Tais passos aparecem na narrativa do entrevistado D4, descrita acima.

Por outro lado, tem-se a doença como experiência, a qual entendemos como algo singular, de um processo subjetivo, em que os indivíduos se orientam em um mundo a partir de diferenças interpretativas, adquiridas a partir das interações sociais.

Ao afirmarmos o caráter intersubjetivo da enfermidade, pressupomos a existência de certos parâmetros ou quadros de referência graças aos quais é construído o significado da experiência da enfermidade. Estes quadros de referência são internalizados pelos indivíduos através de processos concretos de interação social. Neste aspecto, os padrões culturais que as pessoas utilizam para interpretar um dado episódio de doença são criações sociais, ou seja, são formados a partir de processos de definição e interpretação construídos intersubjetivamente. Só dentro das coordenadas estabelecidas pelo mundo intersubjetivo do senso comum é que a experiência da enfermidade é admitida como facticidade evidente por si mesma e compulsória. (ALVES, 1993, 269).

Corroborando esse pensamento, Langdon (1993, p. 9, *grifos da autora*) reitera que a **doença deve ser entendida “[...] como um processo subjetivo construído através de contextos socioculturais e vivenciado pelos atores”**. Ou seja, a doença deixa de ser entendida como um conjunto de sintomas, para ser compreendida como um processo subjetivo relacionada com os aspectos culturais de uma determinada época.

Nessa acepção, a narrativa do entrevistado D1 aponta para apreensão de sua condição pautada na doença enquanto processo, haja vista que este só passa a reconhecer seu adoecimento e procurar cuidados quando percebe sintomas corporais e sofrimento mental, demonstrando que o processo de adoecimento é evidenciado a partir das questões relacionadas ao indicado pela medicina, ocultando os fatores sociais, familiares, financeiros, entre outros, que são imprescindíveis para delinear e construir alternativas de cuidado.

Trajetórias de cuidados em saúde mental

Na perspectiva de identificar como ocorreu o processo de adoecimento dos usuários e suas motivações para participar do serviço, buscou-se definir a trajetória percorrida pelos usuários, no tocante aos serviços que constitui a rede de atenção à saúde que eles utilizaram.

As narrativas dos usuários que representam a questão da trajetória de busca pelo cuidado em saúde mental no estudo foram entendidas por meio das seguintes perguntas: 1) Como você procurou cuidados e quais os serviços da rede buscou?; e 2) Quais serviços da rede de atenção à saúde referente ao cuidado em saúde mental já utilizou?

Os usuários narraram espontaneamente sobre suas trajetórias em busca de cuidados, conforme os relatos a seguir:

D1: [...] Eu passei um tempo afastado daqui né, aí na recaída que eu tive, eu quase que morria, eu passei pelo PASM (*Pronto Atendimento*), passei em outros lugares. [...] Antes, muito antes, eu passei no São Pedro (*Hospital Psiquiátrico*) quando existia [...], eu fui pro Juliano Moreira, (*Hospital Psiquiátrico*) [...] foi coisa de um dia, dois dias.

D3: Foi assim: eu tive três “convulsão”, na terceira convulsão a minha esposa procurou o CAPS. Acho que foi por indicação de uma amiga dela, entendeu? Inclusive ela lembrou que tem um amigo que hoje é psicólogo [...], que trabalhava aqui no CAPS do Rangel [*Serviço substitutivo municipal do tipo AD*]. Aí ligou pra esse amigo, aí me trouxeram pra cá. Mas, antes de vir pra o CAPS daqui, fui pra o CAPS da Torre [*Serviço substitutivo estadual do tipo AD*], só que lá eu passei nem um ano, aí tive uma grande recaída, [...] aí eu vim [...] no CAPS Ad daqui.

D4: Eu estava no CTI lá em Mangabeira (*o usuário refere-se a um espaço público que é ponto de encontro de usuários de drogas, apelidado de CTI*), [...] já estava casado há três anos, [...] aí todo dia eu ia pra o CTI beber antes de ir pra oficina trabalhar. Tinha que tomar duas cervejinhas e uma garrafa de cana pra ir trabalhar. Aí passaram lá o Consultório na Rua (*modalidade de serviço que faz abordagem aos usuários no espaço público*), aí eu disse: o que é? Bote meu nome aí. Aí disseram você vai ter coragem mesmo de ir? Eu disse vou.

Compreende-se nas falas dos entrevistados que o início do tratamento deu-se por iniciativa própria, após situações de fragmentação dos laços familiares e/ou social. O entrevistado D1 relata ter tido vivências anteriores vinculadas ao modelo manicomial no início de sua trajetória por cuidados. Ainda aparecem nos relatos à busca direta ao CAPS como suporte para o tratamento, conforme se observa na narrativa de D3, que acessou diferentes modalidades do serviço até chegar ao CAPS AD. D4, por sua vez, acabou chegando ao CAPS por meio do Consultório na Rua.

O Consultório na Rua é um dispositivo que integra a RAPS, constituinte da Atenção Básica, no qual busca expandir o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde. É composto por equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde de forma itinerante nas ruas, praças e locais públicos.

O cuidado nos moldes da Reforma Psiquiátrica institui serviços terapêuticos, a exemplo dos CAPS, que estimulam a inclusão, autonomia, liberdade do usuário, proporcionando condições mais humanizadas de atendimento. Já a experiência de adoecimento na atenção ao cuidado, nos moldes hospitalares, é marcada pela ausência de liberdade, autonomia, e ações terapêuticas – sinalizada pela clausura em hospitais psiquiátricos e utilização de medicação.

A maioria dos usuários, no decorrer de seus relatos, afirma que o atendimento realizado no CAPS – AD III configurou-se como sendo de qualidade em comparação aos demais serviços de saúde mental, conforme expressa o relato abaixo:

D1: O São Pedro eu não gostei (*Hospital Psiquiátrico*), [...] fui logo para uma ala que só tinha pirado mesmo, doido. Eu cheguei, estava consciente, eu disse: não rapaz, eu não sou doido. Aplicaram injeção em mim, me colocaram lá nesse local, que era [...] cheio de grades, isolado de outra turma [...]. Aí minha mãe compareceu lá no outro dia, eu disse que aplicaram injeção em mim. Ela viu meu estado, eu parecia um zumbi. No PASM (*Pronto Atendimento em Saúde Mental-Serviço de Urgência Psiquiátrica*) aconteceu um episódio parecido, mas isso por conta que eu estava totalmente fora de controle. Fui amarrado pra poder tomar a medicação, [...] estava tendo alucinações, aí fui amarrado. [...] No Juliano (*Hospital Psiquiátrico*) foi pouco, [...] acho que uns dois dias só [...], fiquei isolado em uma sala lá. No Juliano foi mais tranquilo, já fui logo chorando, já tinha passado por uma experiência no São Pedro, não queria ficar lá junto com o pessoal.

Essa narrativa evidencia elementos marcantes da lógica manicomial, como a medicação e a exclusão, como também traços que revelam o preconceito e o estigma, que por vezes sofrem os usuários de substâncias psicoativas que desenvolveram transtornos mentais decorrente do uso abusivo de drogas. Vale ressaltar que o modelo manicomial consiste no “[...] tratamento restrito ao interior dos grandes hospícios, com internação prolongada e manutenção da segregação do portador de transtorno mental do espaço familiar e social” (GUIMARÃES et al, 2013, p. 362).

Diante do exposto, pode-se atribuir ao fato que no CAPS – AD III é oferecido aos usuários uma série de atividades, fazendo com que os mesmos participem de forma contínua e rotineira das ações indicadas. As oficinas e os grupos terapêuticos são alguns dos procedimentos fundamentais desenvolvidas no CAPS.

Na realização do estudo observou-se que entre os entrevistados há um posicionamento positivo frente à atuação do CAPS – AD III. Por meio da observação participante, pudemos perceber que esse serviço tem se esforçado para reabilitação psicossocial dos usuários. As narrativas abaixo reforçam a importância dos CAPS.

D2: Acho legal, [...] acho bom ficar aqui, [...] não tenho nada o que falar.

D3: Aqui [...] foi um dos CAPS que eu fiquei que me ajudaram muito, tenho mais que agradecer, desde da direção, todos os colaboradores, os estagiários que passaram por aqui. Eu sempre quis dialogar, conversar, interagir e levar as terapias a sério, porque através das terapias, eu creio que tive mais chances de me curar, eu me libertei [...]. No CAPS eu [...] brinquei, chorei, desabafei. Apesar do sofrimento que eu passei, [...] a situação de trabalhar com esse lado, e o problema de droga na minha família [...], eu agradeço a Deus todos os dias, por não está mais fazendo uso de substância, que é muito horrível.

Em sua narrativa, D3 destaca seu vínculo de cuidado com o CAPS AD, visto que em momentos anteriores esteve sendo acompanhado por outros CAPS, que não tinha como foco o cuidado específico aos usuários de Substância Psicoativas (SPAS), enfatizado a importância do acompanhamento na instituição adequada para o tratamento, bem como das terapias existentes no local.

Como contraponto, o entrevistado D1 nos proporciona uma perspectiva de análise complementar, ao enaltecer a mudança de qualidade do serviço:

D1: Já foi melhor [...] o atendimento. A equipe em tudo já foi melhor [...], está num patamar quase igual quando conheci o serviço. Era bom demais, era menos usuários na época quando cheguei aqui, [...] a atenção da equipe acho que era maior sobre a pessoa, sempre influencia também no desenvolvimento profissional.

Ao atribuir a referida crítica sobre a mudança na qualidade de atendimento, o entrevistado relata o aumento de demanda para os profissionais do CAPS. Desta forma, destaca-se a maior procura pelo serviço, ocasionada provavelmente pelo maior acesso da população a informação sobre o CAPS AD e/ou pelo aumento de situações de uso abusivo de SPAS. De fato, a fala do entrevistado D1 demonstra a importância da atenção dos profissionais na recuperação dos doentes mentais e a necessidade de um quantitativo de profissionais condizente com a capacidade de usuários do serviço.

A partir do momento que os usuários adentram no CAPS e inicia o tratamento, suas rotinas mudam devido ao ambiente favorável ao cuidado e consequente desenvolvimento de atividades e convívio social, proporcionados pelas oficinas, conforme evidenciado pelo entrevistado.

D4: É ótimo, aqui é muito bom. [...] Aqui eu gosto de todo mundo. Aqui é maravilhoso, mil maravilhas. Tudo pra mim aqui é legal. Eu gosto de vir pra cá, muito melhor do que está em casa escutando aperreio.

Nas narrativas dos entrevistados evidencia-se a menção das melhorias referente ao cuidado, onde todos relatam que conseguem controlar o uso de drogas depois de ter ingressado no CAPS. Apesar do serviço atuar na lógica da Redução de Danos, esses usuários, no tocante ao consumo do álcool, relatado como principal droga consumida, obteve total abstinência dessa substância, como demonstra as narrativas a seguir:

D1: Estou sem uso.

D2: [...] Só faço fumar um pouquinho, mas eu vou parar em nome de Jesus. [...] Às vezes eu só fumo [...] quando estou com depressão pra ficar pensativa.

D3: Melhorou muito. Fiz meu tratamento. Minha medicação diária [...] não deixa faltar um dia. Quando tá faltando eu procuro sempre vir aqui pro CAPS marcar consulta com o psiquiatra pra pegar o remédio.

D4: [...] Controlei geral três anos. Já não estou nem ai pra cachaça. [...] Convite eu tenho em casa pra beber, mas eu não quero. Estou na Igreja também.

Nos relatos acima, percebe-se que ocorre um apelo à questão religiosa, em que os entrevistados atribuem o “sucesso” da abstenção a existência de um Deus que se faz presente em suas vidas. Sobre essa questão, Rabelo (1993) salienta que a religiosidade é de grande relevância para as populações vulneráveis, haja vista que esta opera no cotidiano como importante âncora para a cura.

Na dimensão da problemática das drogas, tanto o exercício da religiosidade como da espiritualidade, tem sido considerado fator protetor para o consumo de álcool e outras drogas em âmbito preventivo e de tratamento. Está associado a melhores habilidades de vida e ao bem-estar físico e mental do ser humano (ZERBETTO et al, 2017, p.1).

É importante ressaltar que a religião desempenha um papel fundamental, que orienta, muitas vezes, o modo como a, doença é vivida, sentida e significada, e é também da religião que derivam as interpretações das experiências e isso ainda reorienta a forma de seguir a vida.

Em outro momento um entrevistado relatou sua demora em buscar tratamento adequado as suas necessidades no CAPS AD, em decorrência da falta de informação nos serviços de saúde por onde passou anteriormente.

D4: Eu não conhecia nada. Faltou informação e faltou eu procurar, a minha sorte foi o Consultório de Rua. Fui ao hospital duas vezes por conta de cachaça, mas nunca me mandaram vir pra o CAPS.

O entrevistado D4 aponta para a necessidade do correto funcionamento da RAPS, visto que o mesmo vinha através de sua trajetória com constantes internações hospitalares, não sendo abordado e orientado sobre a busca adequada de tratamento. Só a partir do contato com o Consultório na Rua pode ser informado e encaminhado para o CAPS AD.

Ainda sobre sua fala, percebe-se a existência da culpabilidade do indivíduo em detrimento do funcionamento da rede de serviços. A culpabilidade em si é permeada por sentimentos que colocam no âmbito individual a causalidade do problema desconsiderando, por exemplo, o acesso à informação, orientações claras sobre o funcionamento da rede, que são de responsabilidade do Estado na oferta de cuidados, haja vista que o usuário buscou por outros serviços, sem, no entanto, ter sido orientado a ir direto ao CAPS AD.

A partir das análises, podemos desprender que as trajetórias de adoecimento revelam o intenso sofrimento psíquico dos participantes do estudo, expressos na perda do reconhecimento familiar, na degradação da saúde e no rompimento dos laços sociais. Na busca pelo cuidado, os sujeitos se deparam com limitações objetivas e subjetivas presentes na RAPS.

Como obstáculos, destacamos a falta de organização da rede, dificuldade de acesso às informações e, principalmente, a convivência com o modelo asilar que tem como base o atendimento no hospital psiquiátrico. A presença deste serviço na rede oferece ao usuário um caminho bifurcado que compromete a qualidade da assistência prestada. As dificuldades subjetivas estão presentes no estigma e preconceito que marcam a vida das pessoas que fazem uso de SPAS, determinando, muitas vezes, a qualidade da abordagem profissional e participação da família no tratamento.

Cabe ressaltar que as narrativas apontam para problemas sociais complexos que envolvem a questão das drogas no país, que incidem sobre o perfil dos usuários, do padrão de consumo e numa abordagem mais abrangente, no tráfico e nas medidas de enfrentamento por parte do Estado. Elas revelam ainda aspectos culturais que precisam ser superados como a anulação social e simbólica dos usuários de drogas, que são marginalizados e associados ao risco e a violência. Do ponto de vista da gestão, observa-se que essas problemáticas interferem na organização e funcionamento da rede, que, por sua vez, acabam alterando ou dificultando a busca pelo cuidado. Assim, esses temas podem ser abordados e tratados por estudos futuros com diferentes abordagens teóricas e metodológicas, diante da impossibilidade de aprofundamento no presente estudo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental no Brasil convive com níveis distintos de transformação institucional e conceitual. Desse modo, é possível entender três grandes contradições enfrentadas pela Reforma Psiquiátrica na atualidade: 1) ação produzida nas instituições asilares que permanecem na rede e ganham reconhecimento legal a partir do avanço de um ideal conservador; 2) ação de saúde produzida a partir do processo de despolitização, redução dos direitos sociais e estigmatização de uma população vulnerável, gerando assim uma ação higienista; 3) fortalecimento do discurso do isolamento, da periculosidade da pessoa com transtorno mental e ainda mais dos indivíduos que fazem uso de substâncias psicoativas, reforçando a ideia da necessidade de hospitais psiquiátricos e dos manicômios.

Essas contradições interferem nas trajetórias de adoecimento e na busca do cuidado, na medida em que os participantes se deparam com as limitações objetivas da rede, quando, por repetidas vezes acessam serviços de baixa qualidade ofertada por hospitais psiquiátricos; são vítimas de violências; estigmatizados e discriminados socialmente nesses espaços. Pois, a rede de saúde ao oferecer um caminho bifurcado, onde se encontram serviços comunitários e outros que atuam na lógica asilar, faz com que os usuários se deparem com crises constantes, acessem diferentes serviços de lógicas distintas, criando dificuldades de aceitação do cuidado.

No entanto, a partir da análise das narrativas verificaram-se práticas de cuidado no âmbito da saúde mental no serviço pesquisado. Pois, mesmo com as dificuldades elencadas, o CAPS AD aparece como um espaço de acolhimento, escuta e de humanização da atenção. Essa caracterização do serviço foi importante para o resgate da dignidade dessas pessoas, haja vista que em suas explanações elas externaram sensações de esfacelamento da vida pessoal e familiar em decorrência da dependência.

As observações possibilitou a apreensão da presença de relações complexas nesse contexto, na medida em que revelam os arranjos de demanda e organização do cuidado, os elementos culturais que moldam a percepção do adoecimento pautado na doença — processo desencadeado pelo uso abusivo, em um primeiro momento pela dependência do álcool, que impactam nas questões de ordem física, mental, familiar e social, provocando a necessidade da busca pelo cuidado. Verificou-se ainda a presença da religiosidade utilizada como componente de superação da dependência e a convivência em uma sociedade que estimula o uso de substâncias, ao mesmo tempo em que puni e discrimina quem as utiliza.

Sem dúvida, essas questões merecem aprofundamento teórico, prático e também político, que faça frente ao avanço do ideário conservador no tratamento das pessoas com transtorno mentais e que fazem uso de drogas. Portanto, sem esgotar o debate, espera-se que as análises apresentadas possam reforçar a perspectiva defendida pela reforma psiquiátrica brasileira, sobretudo na efetivação dos direitos e humanização do cuidado na saúde mental, assim como suscite novos estudos sobre as questões levantadas.

REFERÊNCIAS

ALVES, F. **A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental.** Porto: Edições Afrontamento, 2008.

ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cad. Saúde Pub.*, Rio de Janeiro, 9 (3): 263-271, jul/set 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/14.pdf>>. Acesso em: 10 mai de 2018.

AMARANTE, P.; NUNES, M.O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. In: **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):2067-2074, 2018. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n6/2067-2074/pt>>. Acesso em: 10 mai de 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Ed. revisada e ampl. São Paulo: Ed. 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 106**, de 11 de fevereiro de 2000. Reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>> Acesso em: 22 mai de 2018.

_____. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 04 ago de 2017.

_____. **Portaria nº 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/.../39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf> . Acesso em: 26 mai de 2018.

_____. **Lei nº. 10.708**, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm> Acesso em: 02 out de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 02 out de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento

apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 02 out de 2017.

_____. **Resolução CONAD nº. 3**, de 27 de outubro de 2005, aprova a Política Nacional sobre drogas. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=101642>>. Acesso em: 02 out de 2017.

_____. **Decreto nº. 6.117**, de 22 de maio de 2007, aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm>. Acesso em: 02 mai de 2018.

_____. **Portaria Nº 3.088**, 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), Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 02 mai de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007- 2010. Ministério da Saúde: Brasília. 2011. 109p. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatica.pdf>. Acesso em: 02 mai de 2018.

_____. Ministério da Justiça. **Prevenção do uso de Drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 5. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; SENAD, 2013. <http://www.conseg.pr.gov.br/arquivos/File/Livro_completo_SENAD5.pdf>. Acesso em: 28 mai de 2018.

_____. **Resolução nº. 510**, de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2018. Acesso em: 28 mai de 2018.

_____. **Portaria nº 3.588** de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 20 jul de 2018.

BRASIL DE FATO. **Contra retrocessos na política antimanicomial, CNS pede que governo revogue portaria** | Brasília (DF) 15 de fevereiro de 2018. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2018/02/15/contra-retrocessos-na-politica-antimanicomial-cns-pede-que-governo-revogoe-portaria/>>. Acesso em: 20 jul de 2018.

CARVALHO, J. S. Caminhos para a reforma psiquiátrica no hospital colônia Adauto Botelho (1980-2002) Anais. **XVI Encontro Regional de História (ANPUH/PR) – Tempos de Transição**, Ponta Grossa- Paraná, 2018. Disponível em:

<<file:///C:/Users/001433/Downloads/Jakeline%20Santos%20Carvalho.pdf>>. Acesso em: 02 out de 2018.

COLETIVO BAIANO DA LUTA ANTIMANICOMIAL. **Entre o silenciamento das vozes e a escuridão como modelo manicomial**: uma política de saúde mental que não tolera o debate. Salvador, 24 mai. 2018. Disponível em: < Disponível em: <https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1099748560157315id=733658570099651>. Acesso em: 22 ago de 2018.

GUERRA, I. C. **Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo -sentido e formas de uso**. Lisboa: Princípia Editora, 2008.

GUIMARÃES, A. N. et al. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. In: **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, N. 2, p. 361-9, 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 jun de 2018.

LANGDON, E. J. **A Doença como Experiência**: A Construção da Doença e seu Desafio para a Prática Médica. Palestra proferida na Conferencia 30 Anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 23/08/95.

MELO, A. M. C. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. In: **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, v. 8, n. 9, p. 84-95, 2012. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2127/2920>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

MOREIRA, D. de J.; BOSI, M. L. M.; SOARES, C. A. Uso de narrativas na compreensão dos itinerários terapêuticos de usuários em sofrimento psíquico. In: **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/UERJ – ABRASCO, 2016. Disponível em: <<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2018.

RABELO, M. C. M. **Narrando a Doença Mental no Nordeste de Amaralina**: relatos como realizações práticas. Miriam Rabelo; Paulo César Alves; Iara Maria Souza (orgs.). Experiência de Doença e Narrativa. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p. 75-87.

SILVA, C. M. da.; BATISTA, I. M.; SENGER, O. L. C. Reforma psiquiátrica e o novo modelo de tratamento das pessoas com transtornos mentais. **Intr@ciência**, Edição 15 – Julho 2018. Disponível em: <<http://uniesp.edu.br/sites/biblioteca/revistas/20180925134859.pdf>> Acesso em: 11 jul. 2018.

ZERBETTO, S. R. et al. Religiosidade e espiritualidade: mecanismos de influência positiva sobre a vida e tratamento do alcoolista. In: **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro. V.21, N. 01, P. 1 – 8, 2017. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170005.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2018.

Recebido em 03/Out/2018

Aprovado em 02/Dez/2018