



Vivências na rede substitutiva, sentidos e itinerários terapêuticos de mulheres com história de internação psiquiátrica


Kiana Matos Modesto Brito¹

 <https://orcid.org/0000-0002-9415-4494>


Josenaide Engracia dos Santos²

 <https://orcid.org/0000-0002-7712-8470>


João Mendes de Lima Júnior³

 <https://orcid.org/0000-0001-6436-8566>


Thiago Nogueira Silva¹

 <https://orcid.org/0000-0002-8666-8698>

Débora Cristiane da Silva Flores Lino¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0080-9873>

Rozemere Cardoso de Souza⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-2705-1556>

Objetivo: descrever sentidos, itinerários terapêuticos e vivências de mulheres com transtornos mentais e história pregressa de internação em hospitais psiquiátricos em relação à rede de atenção psicossocial. **Metodologia:** estudo qualitativo, norteado pelo construcionismo social, conforme abordagem da Psicologia Social. Participaram do estudo oito mulheres, por meio da entrevista semiestruturada, cujos conteúdos foram analisados pela construção de sentidos, com base em mapas de associação de ideias e síntese temática. **Resultados:** os sentidos dados pelas participantes foram agrupados em quatro categorias temáticas: a) da(s) crise(s) ao hospital psiquiátrico: itinerários de perdas, preconceitos e maus-tratos; b) trajetórias na rede substitutiva: avanços no cuidado em Saúde Mental; c) atores sociais significativos no processo de desinstitucionalizar; d) desafios para potencializar o cuidado em Saúde Mental no território: qual o lugar e o papel da Atenção Básica? Esses sentidos expressam avanços da reforma psiquiátrica e permanências do modelo biomédico nas vivências das participantes em seu processo de desinstitucionalização.

Conclusão: os sentidos produzidos por mulheres usuárias de serviços de saúde mental refletem itinerários e processos sociais relacionados às concepções do sofrimento psíquico da primeira crise aos dias atuais. Podem servir como caminho para avanços no cuidado em saúde mental de base comunitária.

Descritores: Saúde Mental; Itinerário Terapêutico; Rede de Cuidado Comunitário; Serviços Comunitários de Saúde Mental; Reorientação dos Serviços de Saúde.

¹ Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus, BA, Brasil.

² Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Brasília, DF, Brasil.

³ Universidade Federal do Recôncavo Baiano, Centro de Ciências da Saúde, Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil.

⁴ Universidade Estadual de Santa Cruz, Departamento de Ciências da Saúde, Ilhéus, BA, Brasil.

Como citar este artigo

Brito KMM, Santos JE, Lima JM Júnior, Silva TN, Lino DCSF, Souza RC. Experiences in the substitutive network, meanings and therapeutic itineraries of women with a history of psychiatric hospitalization. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2023;19:e-196190 [cited ____/____/____]. Available from: _____ <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2023.196190>

ano mês dia

URL

Experiences in the substitutive network, meanings and therapeutic itineraries of women with a history of psychiatric hospitalization

Objective: to describe meanings, therapeutic itineraries and experiences of women with mental disorders and previous hospitalization history in psychiatric hospitals in relation to the Psychosocial care network. **Methodology:** this is a qualitative study guided by social constructionism according to the Social Psychology approach. Eight women participated in the study through semi-structured interviews, and the contents were analyzed through the construction of meanings based on idea association maps and thematic synthesis. **Results:** the meanings given by the participants were grouped into four thematic categories: a) from the crisis(es) to the psychiatric hospital: itineraries of loss, prejudice and mistreatment; b) trajectories in the substitutive network: advances in mental healthcare; c) significant social actors in the deinstitutionalization process; d) challenges to enhance mental healthcare in the territory: what is the place and role of Primary Care? These meanings express advances in psychiatric reform and permanence of the biomedical model in the experiences of the participants in their deinstitutionalization process. **Conclusion:** the meanings produced by female users of mental health services reflect itineraries and social processes related to the conceptions of psychological suffering from the first crisis to the present day. They can serve as a pathway to advances in community-based mental healthcare.

Descriptors: Mental Health; Therapeutic Itinerary; Community Networks; Community Mental Health Services; Healthcare Reform.

Experiencias en la red sustitutiva, significados e itinerarios terapéuticos de mujeres con antecedentes de hospitalización psiquiátrica

Objetivo: describir significados, itinerarios terapéuticos y vivencias de mujeres con trastorno mental e historia previa de hospitalización en hospitales psiquiátricos en relación a la red de atención Psicosocial. **Metodología:** estudio cualitativo, orientado por el construccionismo social, según el enfoque de la Psicología Social. Ocho mujeres participaron del estudio, a través de entrevistas semiestructuradas, cuyos contenidos fueron analizados a través de la construcción de significados, a partir de mapas de asociación de ideas y síntesis temática. **Resultados:** los significados dados por los participantes fueron agrupados en cuatro categorías temáticas: a) de la(s) crisis al hospital psiquiátrico: itinerarios de pérdida, prejuicio y maltrato; b) trayectorias en la red sustitutiva: avances en la atención a la salud mental; c) actores sociales significativos en el proceso de desinstitucionalización; d) desafíos para potenciar la atención en Salud Mental en el territorio: ¿cuál es el lugar y el papel de la Atención Primaria? Estos significados expresan avances en la reforma psiquiátrica y permanencia del modelo biomédico en las vivencias de los participantes en su proceso de desinstitucionalización. **Conclusión:** los significados producidos por mujeres usuarias de servicios de salud mental reflejan itinerarios y procesos sociales relacionados con las concepciones del sufrimiento psíquico desde la primera crisis hasta la actualidad. Pueden servir como un camino hacia los avances en la atención de la salud mental basada en la comunidad.

Descriptores: Salud Mental; Ruta Terapéutica; Redes Comunitarias; Servicios Comunitarios de Salud Mental; Reforma de la Atención de Salud.

Introdução

Este estudo surgiu no contexto de uma Unidade de Saúde da Família, onde havia crescente demanda de problemas relacionados à saúde/adoecimento mental de pessoas do território, e o compromisso de profissionais de saúde em desenvolver intervenções terapêuticas, como parte de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF). Dirigiu-se às pessoas com história de internação psiquiátrica, para descrição dos sentidos dados por elas às vivências, itinerários, funcionamento e dinâmica dos serviços substitutivos.

Os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico representam avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), processo com início no final da década de 1970, em defesa dos direitos e do cuidado da pessoa com transtorno mental no espaço social. Esse processo foi inspirado na experiência da psiquiatria democrática italiana, cujas políticas de suporte social e garantias legais fizeram prosperar o processo de fechamento de boa parte dos manicômios naquele país, e deu novo significado ao termo “desinstitucionalização”, para além do mecanismo de desospitalização, este último entendido como o ato de dar alta hospitalar, sem o devido acompanhamento de egressos dos hospitais⁽¹⁾.

Desinstitucionalizar é um processo complexo, que visa, em síntese, desconstruir o modelo manicomial e inventar novas formas de cuidado da pessoa com transtorno mental. Além da reestruturação administrativa ou técnica, a RPB requer profundas mudanças culturais, a exemplo do imaginário social sobre a loucura, implicando o estabelecimento de diálogos permanentes com a sociedade⁽²⁾.

No Brasil, através da Lei Federal n.º 10.216, sancionada no ano 2001⁽³⁾, o tratamento em liberdade passou a ser reconhecido como um direito das pessoas portadoras de sofrimento mental; iniciou-se um redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. Em decorrência disto, com a Portaria do Gabinete do Ministro (GM) da Saúde n.º 3.088/ 2011⁽⁴⁾, foi instituída e regulamentada a criação de uma rede de ações e serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Essa Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se destina a “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”.

A RAPS é composta por 18 diferentes serviços e equipamentos variados, tais como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Centros de Convivência e Cultura; Unidades de Acolhimento (UA); leitos de atenção integral (nos Hospitais Gerais e nos CAPS III), Rede de Urgência e Emergência e os serviços da Atenção Primária à Saúde⁽⁵⁾.

A implantação da RAPS⁽⁴⁾ demanda processos constantes e progressivos de articulação entre os diferentes pontos de atenção, entre eles a Estratégia de Saúde da

Família (ESF) e o CAPS, em busca de aproximações entre profissionais de diferentes serviços, sendo compreendida como estratégia necessária para a integralidade do cuidado. A consolidação da rede de cuidados implica a corresponsabilização ou o cuidado compartilhado que envolve usuário, familiares e trabalhadores da RAPS.

Apesar dos avanços da RPB, há inquestionáveis desafios para a consolidação desse processo reformista no país, entre eles, a efetivação do cuidado produtor de autonomia e protagonismo, que coloque em análise permanente as práticas de gestão e de atenção dirigidas às pessoas com sofrimento psíquico, e resistências aos movimentos de retrocessos da saúde mental no país⁽⁶⁾.

Outros desafios incluem o crescente número de pessoas com transtornos mentais⁽⁷⁾, as fragilidades nos serviços comunitários decorrentes do subfinanciamento da política de saúde mental nos últimos 10 anos⁽⁸⁻⁹⁾, os movimentos atuais de desmonte da RPB⁽⁹⁾, a exemplo da Nota Técnica n.º 3/2020⁽¹⁰⁾ e, mais recentemente, a pandemia da COVID-19⁽¹¹⁻¹²⁾.

Em face do exposto, instigou-se a uma aproximação de usuários dos serviços de saúde mental com o intuito de compreender os significados construídos sobre o cuidado, os serviços e suas vivências, considerando o processo de desinstitucionalização. Contudo, do conjunto de pessoas procuradas nos territórios de abrangência de duas equipes da ESF, somente foi possível identificar mulheres. Assim, este estudo teve por objetivo descrever sentidos, itinerários terapêuticos e vivências de mulheres com transtornos mentais e história pregressa de internação em hospitais psiquiátricos em relação à rede substitutiva de atenção à saúde mental.

Metodologia

Trata-se de estudo qualitativo, na perspectiva do construcionismo social, que tem como pressuposto fundamental a ideia de que conhecer é produzir sentidos⁽¹³⁾. Optou-se por esse referencial teórico-metodológico para compreender as vozes das participantes da pesquisa, considerando, entre outros aspectos, intersubjetividade, diversidade e pluralidade de sentidos.

Nessa perspectiva, sentidos compreendem as ideias com as quais convivemos, as categorias que usamos para expressar essas ideias e os conceitos que visamos produzir no cotidiano, que trazem consigo posicionamentos sociais. O foco de análise são os repertórios interpretativos ou linguísticos, utilizados em práticas dialógicas diversas, nomeadas de práticas discursivas, que possibilitam explicar e impulsionar a dinâmica das transformações históricas⁽¹⁴⁾.

As práticas discursivas remetem, pois, à identificação das permanências e, principalmente, das rupturas históricas, no caso deste estudo, dos discursos que rompem com a cultura manicomial e abrem possibilidades para ampliar e qualificar a RAPS.

O contexto deste estudo foi um dos territórios de uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um município do sul da Bahia, Brasil, onde atuavam duas equipes multidisciplinares, as quais assistiam, aproximadamente, a 8.229 pessoas, população correspondente ao que regulamenta a Portaria GM n.º 2488/2011⁽¹⁵⁾, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A escolha desse contexto se deu por ser o local de prática do PRMSF de uma universidade pública dessa região.

Nesse contexto, foram identificadas 17 pessoas com história de internação psiquiátrica, das quais participaram deste estudo oito mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: a) ter história pregressa de internação psiquiátrica; b) consentir com a participação da pesquisa. Neste estudo, foi considerada internação psiquiátrica a permanência em hospital psiquiátrico por qualquer período. Foram excluídas da amostra pessoas que não apresentavam condições para comunicação verbal efetiva e menores de 18 anos.

Os dados foram coletados no período de 1 de outubro de 2019 a 24 de janeiro de 2020, a partir das seguintes etapas e instrumentos de pesquisa: a) levantamento das pessoas com transtornos mentais e, dentre elas, as que tinham histórico de internação psiquiátrica; b) visitas domiciliares para convite à pesquisa, obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE; c) preenchimento do formulário das características sociodemográficas, itinerário terapêutico das participantes; d) realização de entrevistas semiestruturadas. O estudo contou com a colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde da unidade em todas as etapas, sendo a última, mediante agendamento das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas na casa dos entrevistados, bem como na USF de referência. Buscaram-se espaços com razoável garantia de privacidade, silêncio e condições mínimas para a produção dos diálogos. O momento da coleta de dados foi compreendido como uma prática discursiva^(13,16), a qual possibilitou diálogos com as entrevistadas de forma descontraída, permitindo o máximo de liberdade de expressão por meio da palavra, tanto no nível das relações, quanto no nível dos discursos.

A entrevista seguiu roteiro com as seguintes questões norteadoras: fale sobre sua história de vida na busca de

tratamento em saúde mental, quando ocorreu a primeira e última internação psiquiátrica? Se tivesse que resumir em palavras, o que diria sobre essas internações? Hoje você frequenta algum serviço para cuidar da saúde mental? Qual(is)? O que dizer sobre ele(s)? Se tivesse que resumir em palavras, o que diria sobre seu cuidado nesses serviços? Além desses serviços, existem lugares, grupos ou pessoas que te ajudam? Conte-me sobre eles. No serviço, na sua casa e na comunidade onde você vive, quais acontecimentos te ajudariam hoje em seu cuidado com a saúde mental? O tempo de duração de cada entrevista variou de trinta minutos a uma hora e vinte minutos.

Para análise dos dados, fez-se gravação e transcrição dos conteúdos emergentes das entrevistas, seguidas da elaboração de mapas de associação de ideias⁽¹⁷⁾ e síntese temática, para descrição dos sentidos, itinerários e vivências dos entrevistados na rede de atenção psicossocial. Para garantir o anonimato, foram utilizados números para referenciar as participantes.

O mapa de associação de ideias é uma tabela e tem como categoria de análise os repertórios interpretativos, os quais definem os termos, os conceitos, os lugares-comuns e figuras de linguagem que demarcam o rol de possibilidades da construção de sentidos⁽¹⁷⁾. Trata-se, portanto, de instrumento de visualização com duplo objetivo: dar subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo, possibilitando mostrar o que aconteceu quando se perguntou certas coisas ou se fez alguns comentários.

Conforme demonstra a Figura 1, para construção dos mapas, utilizou-se do processador de dados do Word. Os trechos dos conteúdos emergentes das entrevistas foram cortados das transcrições e colados em três mapas para cada participante, respeitando-se a sequência das enunciações, em colunas correspondentes às seguintes categorias e subcategorias relacionadas aos objetivos da pesquisa:

Mapa 1 - A doença: como nomeiam, como descrevem o início (lugares e situações envolvidas), como explicam, o que dizem os outros.

Mapa 2 - Itinerário terapêutico – do manejo comunitário às internações psiquiátricas: caminhos iniciais de tratamento, internação psiquiátrica.

Mapa 3 - Trajetórias na rede substitutiva ou RAPS: serviços frequentados, como nomeiam e descrevem os cuidados, sobre família e possíveis rede de apoio, desafios.

Como nomeiam	Como descrevem o início (lugares e situações envolvidas)	Como explicam	O que dizem os outros
Crises psiquiátricas	<i>Quando eu comecei a apresentar eu tinha 16 anos e dos 16 aos 19 anos eu tive exatamente umas 5 crises, porém, na quinta crise eu tive uma intervenção médica e tive que me internar neste caso no hospital de base...</i>		<i>... as pessoas diziam que era espírito ...</i>

Figura 1 – Mapa de associação de ideias: a doença

Para orientar a exposição dos dados desta pesquisa, utilizou-se, também, do *Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research (COREQ)*, uma lista de verificação de 32 itens para entrevistas e grupos focais⁽¹⁸⁾. Este estudo cumpriu todos os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, segundo diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 510/2016⁽¹⁹⁾.

Resultados

As participantes deste estudo foram mulheres, com idade entre 35 e 64 anos, possuíam em sua maioria ensino fundamental incompleto, e se autodeclararam evangélicas. Quanto à renda, eram beneficiárias ou aposentadas e duas estavam sem ocupação e sem renda. (Figura 2).

Participante	Sexo	Idade	Religião	Escolaridade	Ocupação	Renda
P1	F	64	Evangélica	5ª série	Do lar	Aposentada.
P2	F	40	Evangélica	2º grau	Do lar	BPC*
P3	F	44	Evangélica	5ª série	Do lar	BPC*
P4	F	43	Evangélica	Não alfabetizada	Sem ocupação	Sem renda
P5	F	35	Católica	6ª série	Sem ocupação	Sem renda
P6	F	54	Adventista	2º grau	Do lar	BPC*
P7	F	51	Evangélica	7ª série	Do lar	Aposentada
P8	F	57	Evangélica	2ª série	Do lar	BPC*

*BPC = Benefício de Prestação Continuada

Figura 2 – Características sociodemográficas das participantes investigadas

A Tabela 1 apresenta um breve histórico psiquiátrico dessas mulheres, todas com diagnóstico de “esquizofrenia”. A maioria teve a primeira crise com idade entre 16 a 31 anos e histórico de cinco ou mais internações psiquiátricas. O tempo de internação variou de sete dias a um ano. Uma participante não se lembrou do período de tempo em que

ficou internada. Após a alta hospitalar, elas foram acolhidas pelo sistema de saúde extra-hospitalar; apenas uma delas relatou ter tido dificuldade de acesso.

Das oito participantes, seis estavam sendo assistidas por algum serviço da RAPS, a saber: ambulatório psicossocial, CAPS – II, USF ou Policlínica.

Tabela 1 - Demonstrativo de algumas características clínicas das participantes. Itabuna, BA, Brasil, 2019-2020

Características clínicas	N
Primeira crise	
16-31 anos	05
32-47 anos	03
Diagnóstico	
Esquizofrenia	08
Número de internações	
Uma	03
Cinco ou mais	05
Tempo de internação	
Uma semana	01
Duas semanas até um mês	01
Um mês até seis meses	03
Seis meses até um ano	02
Não se lembra	01
Assistência pela RAPS*	
Sim	06
Não	02
Dificuldade no acesso	
Sim	01
Não	06
Não sabe informar	01

*RAPS = Rede de Atenção Psicossocial

Considerando os repertórios interpretativos de uso das participantes acerca da história pregressa de internação em hospitais psiquiátricos e tratamento na rede substitutiva, no contexto da ESF, os temas, a seguir, descrevem os sentidos, itinerários e as

vivências relacionadas ao cuidado em saúde mental. Com o intuito de organizar a disposição das falas das participantes, a Figura 3 retrata os depoimentos de cada participante conforme a categoria temática a que foi atribuída:

Tema	Repertórios interpretativos de uso das participantes
Da(s) crise(s) ao hospital psiquiátrico: itinerários de perdas, preconceitos e maus-tratos	<p>... Depois que você tem esse monte de problema não tem condições de ter uma vida normal, não tem (...) desequilibrada... Perturbada mesmo. (Participante 3); Ela (mãe) fala que eu sou doida e não presto mesmo não. (Participante 7); Eu fiquei muito nervosa (...) e depois quando eu fiquei dando crise não pude e não trabalhei mais não (...) (Participante 1).</p>
	<p>(Você já me falou que trabalhava muito, com muitas coisas e seu marido não trabalhava, certo?) - Ele só fazia me maltratar aquele miserável. (Participante 1); ... Só Deus sabe se ela é minha mãe porque ela me trata pior do que certas madrastas ... tudo isso me ajuda para eu ficar deprimida, com nervoso, depressão. (Participante 7).</p>
	<p>Foi um inferno por conta dos maus-tratos, eu lembro que as enfermeiras xingavam a gente de vagabunda. (Participante 3); O ser humano não pode ser tratado daquela forma como bicho. (Participante 2); Lá era como uma cadeia, trancava num quartinho e deixava a pessoa lá. (Participante 4); No hospital era um ambiente imundo. Os meninos faziam limpeza, mas as mulheres cagavam pelo chão (...) era uma imundice danada. (Participante 6); No beber da água à alimentação, eu achava falta de ética e de educação dar água no mesmo copo para todos (...) Fiquei três dias dentro de um quartinho pequeno, presa, amarrada e eles me sedando... (Participante 8). (O que você fazia durante o dia no hospital?) - não fazia nada ficava deitada, sentada no refeitório não tinha muito o quê fazer. (Participante 6).</p>
	<p>É uma doença mental, do cérebro e precisa ser tratada com medicamento para a pessoa conseguir ter uma melhor qualidade de vida. (Participante 2); Meu marido que me internava eu nem sei te dizer o porquê, eu caía em crise achava que não estava na crise, mas ele achava porque cuidava de mim. Me internava! Ai eu ficava internada! (Participante 1); hoje eu já entendo a importância da medicação não tenho mais problemas para dormir. (Participante 3).</p>
<p>Meu pai me levou na casa de um pastor primeiro e esse pessoal orou bastante na minha presença e eu me lembro que eles seguravam na minha cabeça mandando o demônio sair. (Participante 3); eu tive essa perturbação, aí chamou o pastor para ele fazer uma oração por que podia ser coisa ruim. (Participante 6); (Você continua vendo anjos?) - Vejo direto e quando eu vejo eu vou orar porque eu tenho medo. (Participante 4).</p>	
Trajétórias na rede substitutiva: avanços no cuidado em Saúde Mental	<p>O CAPS* é uma inclusão onde tem a parte da terapia, do acolhimento psiquiátrico, enfermeiro e psicólogo. (Participante 2); no ambulatório psicossocial eu sinto amor por Dr. "N". Na ASDITA¹, eu gosto das atividades físicas e aqui na unidade eu gosto das reuniões com você que são ótimas. (Participante 1); eu gosto do CAPS* porque eles me tratam bem melhor do que minha própria família. (Participante 7). Depois que o ambulatório psicossocial saiu do hospital de Base eu não fui mais. Tudo fecha e é uma briga danada que dificulta o acesso. (Participante 5); aqui no posto é bom, mas poderíamos ter mais acesso ao médico por que, assim, é muita gente e pouco profissional. (Participante 2).</p>
Atores sociais significativos no processo de desinstitucionalizar	<p>Eu tenho um irmão que me ajudou bastante, ajudou a mim e a minha mãe na verdade. (Participante 3); se minha filha estivesse lá ela não tinha deixado me internar não porque ela sabe tomar conta de mim (Participante 4); se eu não tivesse o apoio da minha família eu acho que eu não teria forças para superar. (Participante 8).</p>
	<p>O único espaço que eu vou regularmente é a igreja porque para mim é como se fosse você, a psicóloga, porque ali eu extravaso (...) conversar com Deus, para mim é a melhor coisa. (Participante 8); a igreja também me trata bem, mas têm muitas coisas nessas igrejas, você sabe como é o ser humano (...) ficam me soltando piadinha. (Participante 7).</p> <p>Depois que a agente comunitária de saúde foi na minha casa e disse para minha mãe: - leva sua filha lá na unidade porque a enfermeira do CAPS está fazendo a inscrição das pessoas que tem deficiência mental para fazer tratamento no CAPS* e não ser mais internada. (Participante 7).</p>
Desafios para potencializar o cuidado em Saúde Mental no território: qual o lugar e o papel da Atenção Básica?	<p>Eu acho que deveria haver grupos como têm os narcóticos, deveria ter um de Saúde Mental que ouvisse a gente semanalmente para a gente se encontrar e conversar sobre o que a pessoa precisa, sobre o que aconteceu (...) eu acho que além da igreja deveria ter um espaço para você ir, para você se socializar. (Participante 2); na comunidade podia continuar com as reuniões (referindo-se ao grupo formado pela residente deste estudo) com você aqui na unidade. (Participante 1).</p>

*CAPS = Centro de Atenção Psicossocial; ¹ASDITA = Associação dos Diabéticos de Itabuna, BA, Brasil

Figura 3 – Temas e exemplos de repertórios interpretativos utilizados pelas participantes no processo de produção de sentidos acerca das vivências, itinerários e serviços da Rede de Atenção Psicossocial

Discussão

A análise dos dados da pesquisa foi elaborada de forma descritiva, e apresentada em tópicos, conforme os temas definidos no Quadro 4, e o entrelaçamento entre os repertórios linguísticos correspondentes, a literatura investigada sobre o tema e a interpretação destes pesquisadores, como segue:

Da(s) crise(s) ao hospital psiquiátrico: itinerários de perdas, preconceitos e maus-tratos

Os termos “doença mental”, “louca”, “doente mental”, “anormal”, “desequilibrada” e “perturbada” estão entre os repertórios mais utilizados pelas participantes para nomear o adoecimento mental, todos eles marcados por negatividade. Nessa negatividade, a loucura foi mantida por um conjunto de dispositivos que buscavam seu controle e/ou isolamento social⁽²⁰⁾.

Tais sentidos interferem no cuidado ofertado pela rede integral à saúde, pois caracterizam nomeações que advêm da história asilar, construída ao longo do tempo como falha que a pessoa apresentava em seu comportamento diante da sociedade, estando, assim, fora das expectativas esperadas para o convívio social. Disso resultam o isolamento e a exclusão social das pessoas com histórico de transtornos mentais e, ainda hoje, implicações como essas estão presentes no cotidiano, onde o sujeito é visto e tratado como objeto⁽²¹⁾.

O termo “nervoso” também foi recorrente nas falas das participantes. De modo semelhante, esse termo tem origem no modelo biomédico, e exclui do adoecimento aspectos psicossociais, ou seja, os processos pelos quais as relações sociais, a história e a cultura incluem e subordinam - o biológico. Explica, ainda, o que se nomeia como medicalização da vida, processo que se alarga nos dias atuais⁽²²⁾. A produção de doenças ocorre no plano coletivo e, portanto, não se pode desvincular o estudo do processo saúde-doença do contexto social em que se está inserido⁽²³⁾.

Essa dimensão psicossocial pode explicar o uso dos repertórios pelas participantes, neste estudo, acerca dos sentidos dados ao surgimento do adoecimento mental. Sobre isso, elas relataram momentos da vida de muito estresse, conflitos nos relacionamentos amorosos e nos relacionamentos familiares.

Na ocasião dessas intercorrências, o hospital psiquiátrico foi relatado como o lugar principal de “escolha” para “tratamento” da(s) primeiras crise(s), mas vale ressaltar, que não existia uma rede de cuidados no período em que manifestaram os primeiros sinais de sofrimento psicologicamente; o hospital psiquiátrico era uma das únicas opções de cuidado na rede pública de saúde. Os sentidos construídos para essa trajetória das participantes caracterizam essas instituições como espaços de práticas desumanas, excludentes e medicalizadas.

Na trajetória do cuidado foi apresentada também a espiritualidade como um dos primeiros caminhos após episódios de surto das participantes, explicado por repertórios semelhantes a “um mal divino” e “doença espiritual”. Na história da loucura, a espiritualidade sempre esteve presente nos nexos entre concepções e práticas de cuidados, com implicações diversas, envolvendo culpa, imagem do louco como figuras célebres e mais recentemente, uma dimensão do cuidar⁽²⁴⁾.

Portanto, os sentidos dados à doença mental descrevem sofrimentos pelos quais foram submetidas no início e ao longo da história de vida de cada uma delas. Por sua vez, a atenção médica e medicamentosa, como elemento central de muitas falas, implica a hegemonia do modelo da psiquiatria clássica, que reduz a complexidade da vida e do processo de saúde/ doença mental e da relação com as diferenças.

Com a desinstitucionalização, processo da RPB fundamentado no modelo de atenção psicossocial, surgiram possibilidades de vida e de cuidado em liberdade às participantes, que estão descritas nos temas a seguir, ainda hoje, desafios para a reinserção social das mesmas e para a superação do modelo manicomial nos contextos estudados.

Trajетórias na rede substitutiva: avanços no cuidado em Saúde Mental

Neste tópico, ressaltam-se os itinerários das participantes nos serviços da RAPS. Itinerários entendidos como suas experiências em busca de tratamento de suas aflições e quais os elementos que influenciam suas escolhas nesse percurso⁽²⁵⁾, ou seja, sem retirá-las do seu meio.

Os itinerários, neste estudo, em serviços substitutivos, após alta hospitalar, ocorreram nos diversos equipamentos da RAPS, possibilitando cuidar da pessoa com sofrimento mental em serviços de base comunitária. Descrevem, pois, aspectos da atenção psicossocial, considerando fatores biopsicossociais, culturais e espirituais, no uso de diversas tecnologias de cuidado. Considera-se, ainda, a integração do indivíduo como sujeito da sua história, a incorporação da família no percurso terapêutico, a comunidade e as equipes multi e interdisciplinares, como sistemas de apoio dentro das intervenções que proporcionam atenção integral ao indivíduo⁽²⁶⁾.

As narrativas produzidas falam de bem-estar, associado à implantação de novos dispositivos assistenciais; à incorporação de novas tecnologias; à reorganização de processos de trabalho; à conformação de redes; além da articulação; e complementaridade de serviços e setores existentes⁽²⁷⁾. Elas corroboram para afirmar os avanços da saúde mental nos últimos 20 anos, período em que os serviços comunitários, como os CAPS, passaram a receber mais recursos que os hospitais psiquiátricos⁽⁶⁾.

Os sentidos expressam, ainda, alguns dos desafios do processo de desinstitucionalização das participantes, explicado por perdas e/ ou dificuldades do cotidiano: acesso ao serviço em hospital geral, acesso e continuidade aos serviços da Atenção Básica (AB), demandas por melhorias dos serviços prestados nos novos dispositivos. Tais desafios implicam, dentre outros processos sociais: pensar a rede de atenção em saúde mental para atender à complexidade de necessidades e demandas dos seus usuários, tendo como fundamentos os princípios do SUS, dentre os quais, destacam-se universalidade, integralidade, equidade e participação social⁽²⁸⁾; superar a lógica dos “encaminhamentos” de profissionais da AB aos serviços especializados em saúde mental, incoerentes com os ideais da RPB⁽²⁹⁾.

Assim, os serviços que compõem a RAPS precisam de constante revisão e crítica, para que constituam lugares de acolhimento, ao invés de servirem para um outro tipo de exclusão social. Nesse sentido, destaca-se a necessária e permanente preocupação com a qualidade dos serviços de base comunitária, somada à instrumentalização dos trabalhadores de saúde e de saúde mental e dos usuários, e a sensibilização dos gestores, corresponsáveis pelo cuidado da saúde⁽³⁰⁾.

Atores sociais significativos no processo de desinstitucionalizar

Para as participantes, os atores sociais mais significativos para o processo de sua reinserção social foram a família, os grupos religiosos e os Agentes Comunitários da Saúde (ACS). Sobre a família, destacaram-se repertórios interpretativos ligados por laços afetivos. O apoio familiar é muito importante, sendo, ainda mais, durante o tratamento, porém, esse papel no trato com o sujeito em sofrimento mental não é fácil, pois vários são os sentimentos que a família pode apresentar ante essa situação, tais como culpa, preconceito e incapacidade.

A busca de internação psiquiátrica, com frequência, é decorrente da exaustão familiar na convivência com a pessoa com transtorno mental, para que os cuidadores possam recuperar as forças, protegendo os indivíduos de maus-tratos, mesmo que inconscientes, decorrentes do esgotamento familiar⁽³¹⁾. A família – inscrita por laços de parentesco ou afetivos – precisa de apoio no exercício do cuidado em saúde mental, lembrando que, muitas vezes, elas também são sofredoras de preconceitos e carentes de recursos⁽³¹⁻³²⁾.

A igreja também foi descrita como importante rede de apoio para as participantes. Embora, ainda, com relatos vinculados a déficits, a religiosidade aparece mais como fator motivacional na vida das pessoas que reflete a esperança como sendo de extrema importância no processo saúde-doença-cuidado. Apesar de cada vez ser

mais reconhecida a importância da religiosidade para a saúde, a maior parte dos profissionais da área da saúde não recebeu treinamento para lidar com essa questão, o que tem criado lacunas entre o cuidado desenvolvido e o conhecimento sobre a relevância que a religião representa na vida dos pacientes⁽³³⁾.

Quanto aos Agentes Comunitários de Saúde – ACS e demais trabalhadores da ESF, eles, também, significam suporte no território, e parecem cumprir com a missão para os quais se tornaram responsáveis, atuando como mediadores e na interlocução entre equipe e comunidade. Muitas vezes, o ACS significou para as participantes a principal via de acesso aos programas de saúde e de qualidade de vida, em contextos de comunidades carentes ou mais afastadas.

Essa comunicação com trabalhadores da rede básica de saúde significou, ainda, ajuda na adesão ao CAPS, implicando redução no número de internações posteriores. Tem-se, na inserção de ações de saúde mental na saúde pública, meios para impulsionar o processo de desinstitucionalização através de formas mais adequadas de cuidado de pessoas com problemas mentais, no seu âmbito familiar, social e cultural^(27,34).

Desafios para potencializar o cuidado em Saúde Mental no território: qual o lugar e o papel da Atenção Básica?

Considerando que a ESF implica relação de afetividade com a comunidade assistida, é fundamental que haja, na rotina dos profissionais de saúde das equipes, o envolvimento com questões individuais, coletivas e sociais, como descrito no tópico anterior. Esse fenômeno afetivo que acontece nessa estratégia se vincula às partes, sendo importante para o acompanhamento e resolução das necessidades de saúde dos usuários. Contudo, neste estudo, foram escassas as falas sobre esse tipo de relacionamento, e, com frequência quase nula, também ocorreram falas em relação à articulação da ESF e dos serviços substitutivos.

A população adscrita por equipe da Atenção Básica (eAB) e da Estratégia de Saúde da Família é constituída por 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e as diretrizes da AB³⁴. A inserção das ações de saúde mental na ESF é preconizada pelo Ministério da Saúde do Brasil, e constitui própria essência do processo da desinstitucionalização, devendo transpor as ações do modelo biomédico, centrado na doença, mediante abordagem que articule tratamento, reabilitação psicossocial, clínica ampliada e projetos terapêuticos individualizados⁽³⁰⁾.

Assim, os desafios da saúde mental na AB, descritos na literatura e, também, identificados neste estudo, são os seguintes: estabelecer a articulação com os dispositivos de cuidado especializados extra-hospitalares,

trabalhar de forma intersetorial, com a implementação do matriciamento e formular Projetos Terapêuticos Singular – PTS, visando à maior resolutividade nas demandas de saúde mental.

Nos sentidos dados pelas participantes deste estudo, as falhas e faltas para a articulação entre saúde mental e atenção básica podem ser entendidas como — “projetos de vir a ser”⁽³⁵⁾, para entender os desafios da saúde pública. Neste caso, os princípios fundamentais⁽²¹⁾ são: noção de território, organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade /interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e de familiares, possibilitando, através do território, maior inclusão social pela inserção dos usuários e grupo e diferentes trabalhos realizados na comunidade.

No território se vive a realidade dos determinantes sociais que interferem diretamente no processo saúde–doença–cuidado de sua comunidade, precisando, com isso, serem levadas em consideração todas as suas potencialidades e dificuldades para oferta de atividades relacionadas à promoção da saúde e prevenção de doenças.

É desafio permanente, também, a continuidade de investimento na instrumentalização dos profissionais para alavancar a inclusão do cuidado à saúde mental no SUS, com vistas à reversão do modelo assistencial, sendo fundamental a capacitação e apropriação de conceitos de clínica ampliada dos profissionais da ESF para a mudança do paradigma⁽³⁰⁾. Nesse sentido, o matriciamento não pode acabar⁽³⁴⁾, pelo contrário, deve fomentar subsídios para invenção de alternativas de cuidados em saúde mental no território, que valorizem, inclusive, os sujeitos em suas ideias, como foram descritas pelas participantes deste estudo.

Assim, este estudo produziu sentidos acerca das vivências e experiências de pessoas com transtornos mentais em territórios da ESF, acerca do adoecimento mental e itinerários terapêuticos, do hospital aos serviços substitutivos. Com base nos desafios, fica a alternativa de contribuir para ampliar a atuação das equipes da ESF com ações voltadas para formular e fortalecer diferentes possibilidades de atenção e cuidado para esse público específico, visando à mudança do modelo de atenção, do biomédico para o psicossocial, nos caminhos da desmedicalização do sofrimento psíquico e melhor qualidade de vida.

As limitações deste estudo se referem à ausência de informações quanto às situações experimentadas pelas pessoas sem condições para comunicação verbal efetiva no momento da coleta de dados e, também, à escassez de conteúdos acerca das relações entre as participantes e os profissionais da ESF. Para ambas as situações e na perspectiva de ampliar a escuta para outros atores

sociais importantes do cuidado no território, sugerem-se estudos que incluam familiares e trabalhadores de saúde da família, e, ainda, instrumentos que possam explorar em profundidade as relações ou ausência destas entre pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico e a equipe da ESF.

Conclusão

Evidenciamos, neste estudo, a produção social dos discursos e dos sentidos de portadores de transtorno mental com história pregressa de internação psiquiátrica sobre o adoecimento mental, o hospital psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização por meio de mapas de associação de ideias. Durante a reflexão dos discursos apresentados pelas participantes da pesquisa, puderam-se entender avanços da RPB assim como permanências do modelo biomédico, impregnado culturalmente nas práticas profissionais da saúde e nas vivências dos usuários, nos seus diferentes níveis sejam eles primários, sejam secundários ou, ainda, terciários.

Apesar dos avanços alcançados na área de saúde mental nas últimas décadas, inquestionáveis desafios se fazem presentes na consolidação desse processo reformista em nosso país, entre eles, a efetivação de cuidado produtor de autonomia e protagonismo, que coloque em análise permanente nossas práticas de gestão e de atenção.

Desse modo, este estudo pode contribuir para a desinstitucionalização, uma vez que mostra os benefícios do processo de RPB, e a dinâmica das relações entre pessoas com transtornos mentais, serviços substitutivos e ESF, de forma a subsidiar movimentos e caminhos para fortalecimento da RAPS e despotencialização do hospital psiquiátrico.

Referências

1. Amarante PDC. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora IMS/UERJ/Cepesc/Abrasco; 2005.
2. Amarante PDC; Guljor AP. Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização: a (re) construção da demanda no corpo social. In: Mattos RA, Pinheiro R, orgs. Construção social da demanda. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Cepesc/Abrasco; 2005.
3. Brasil. Lei nº 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]. Diário Oficial da União, 06 abr. 2001 [cited 2022 Mar 31]. Available from: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-publicacaooriginal-1-pl.html>
4. Brasil. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com

- sofrimento ou transtorno mental [Internet]. Diário Oficial da União, 26 dez. 2011 [cited 2022 Feb 10]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
5. Brasil. Portaria nº 2.840 de 29 de dezembro de 2014. Cria o programa de desinstitucionalização integrante dos componentes e estratégias de desinstitucionalização da rede de atenção psicossocial (RAPS), no âmbito do sistema único de saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal [Internet]. Diário Oficial da União, 29 dez. 2014 [cited 2022 Mar 31]. Available from: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=30/12/2014&jornal=1&pagina=54&totalArquivos=128>
6. Onocko-Campos RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad Saude Pública*. 2019;35(11):1-5. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>
7. Delgado PG, Schechtman A, Weber R, Amstalden AF, Bonavigo E, Cordeiro F, et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizators. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
8. Trapé TL, Campos RO. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Rev Saude Publica*. 2017;51(19):1-8. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006059>
9. Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho Educ Saude*. 2020;18(3):1-20. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>
10. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família (BR). Nota Técnica Nº 3, de 28 de janeiro de 2020 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2022 Mar 31]. Available from: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>
11. Lima RC. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. *Physis*. 2020;30(2):1-10. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300214>
12. Faro A, Bahiano MA, Nakano TC, Reis C, Silva BFP, Vitti LS. Covid – 19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estud Psicol*. 2020;37:1-14. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>
13. Spink MJ, org. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Editora Cortez; 1999.
14. Spink MJ, Medrado B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink MJ, org. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Editora Cortez; 1999. p. 41-61.
15. Brasil. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS) [Internet]. Diário Oficial da União, 24 out. 2011 [cited 2022 Mar 31]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
16. Rosa AR, Tureta C, Mozar JB. Práticas discursivas e produção de sentidos nos estudos organizacionais: a contribuição do construcionismo social. *Contextus* [Internet]. 2006 [cited 2022 Mar 31];4(1):41-2. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/contextus/article/view/32073>
17. Spink MJ, Lima H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: Spink MJ, org. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Editora Cortez; 1999. p. 93-121.
18. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:1-9. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
19. Brasil. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais [Internet]. Diário Oficial da União, 24 mai. 2016 [cited 2022 Mar 31]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
20. Foucault MR. *A ciência e o saber*. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar; 2007.
21. Amarante PDC. *Saúde Mental e atenção psicossocial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.
22. Tesser CD, org. *Medicalização social e atenção à saúde no SUS*. 1. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.
23. Breilh J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
24. Monteiro DD, Reichow JRC, Sais EF, Fernandes FS. Espiritualidade/religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão. *Bol Acad Paul Psicol* [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 31];40(98):129-39. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000100014&lng=pt&nrm=iso
25. Mângia EF, Muramoto MT. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2008;19(3):176-82.
26. Valladares ACA, Lappann-Botti NC, Mello R, Kantorski LP, Scatena MCM. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2003 [cited 2021 Nov 14];5(1):4-9. Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/768/851>

27. Santos RC. Saúde todo dia: uma construção coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.
28. Conselho Nacional de Saúde (BR). Documento Orientador da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental [Internet]. Brasília: CNS; 2021 [cited 2022 Mar 31]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/images/5cnsm/doc/documento_orientador_5CNsm.pdf
29. Rosa DCJ, Lima DM, Peres RS. Saúde mental na Atenção Primária: (des)encontros entre enfermeiros e pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 21];17(4):83-91. Available from: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/176976/179325>
30. Hirdes A. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. Cienc Saude Colet [Internet]. 2009 [cited 2020 Feb 15];14(1):297-305. Available from: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-reforma-psiquiatica-no-brasil-uma-re-visao/1241?id=1241>
31. Soares CB. Família e Desinstitucionalização: impacto da representação social e da sobrecarga familiar [Thesis]. Goiânia: Universidade Católica de Goiás; 2003.
32. Souza RC, Scatena MCM. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005;13(2):173-9. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000200007>
33. Almeida AM. Espiritualidade e saúde mental: o desafio de reconhecer e integrar a espiritualidade no cuidado com nossos pacientes. Zen Review [Internet]. 2010 [cited 2014 May 14];01(esp):1-6. Available from: <http://www.hoje.org.br/arq/artigos/Espiritual1.pdf>
34. Bonfim IG, Bastos NE, Góis CWL, Tófoli LF. Apoio Matricial em Saúde Mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. Interface (Botucatu). 2013;17(45):287-300. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000012>
35. Paim JA. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Saúde; 2019.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Kiana Matos Modesto Brito, Rozemere Cardoso de Souza. **Obtenção de dados:** Kiana Matos Modesto Brito, Rozemere Cardoso de Souza. **Análise e interpretação dos dados:** Kiana Matos Modesto Brito, Rozemere Cardoso de Souza, Josenaide Engracia dos Santos, Thiago


Nogueira Silva, João Mendes de Lima Júnior, Débora Cristiane da Silva Flores Lino. **Redação do manuscrito:** Kiana Matos Modesto Brito, Rozemere Cardoso de Souza, Thiago Nogueira da Silva, João Mendes de Lima Júnior. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Josenaide Engracia dos Santos, Débora Cristiane da Silva Flores Lino, João Mendes de Lima Júnior, Rozemere Cardoso de Souza.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 31.03.2022

Aceito: 05.04.2023

Autor correspondente:
Rozemere Cardoso de Souza
E-mail: rcsouza@uesc.br
 <https://orcid.org/0000-0003-2705-1556>

Copyright © 2023 SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.