



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Priscila Calmon Garcia

**Tramas e tecituras em busca do cuidado:
Enlaces entre Itinerários Terapêuticos e saúde mental no contexto da
Reforma Psiquiátrica brasileira**

Rio de Janeiro

2024

Priscila Calmon Garcia

**Tramas e tecituras em busca do cuidado:
Enlaces entre Itinerários Terapêuticos e saúde mental no contexto da Reforma
Psiquiátrica brasileira**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Roseni Pinheiro

Coorientador: Prof. Dr. Rossano Cabral

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

G216	Garcia, Priscila Calmon
	Tramas e tecituras em busca do cuidado: enlaces entre itinerários terapêuticos e saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira / Priscila Calmon Garcia. – 2024. 127 f.
	Orientadora: Roseni Pinheiro Coorientador: Rossano Cabral
	Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.
	1. Saúde Mental. 2. Itinerário Terapêutico. 3. Reforma Psiquiátrica - Brasil. 4. Reabilitação Psiquiátrica. 5. Serviços de Saúde Mental. 6. Atenção Primária à Saúde. I. Pinheiro, Roseni. II. Cabral, Rossano. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.
	CDU 613.86(81)

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Priscila Calmon Garcia

**Tramas e tecituras em busca do cuidado:
Enlaces entre Itinerários Terapêuticos e saúde mental no contexto da Reforma
Psiquiátrica brasileira**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde

Aprovada em 16 de outubro de 2024.

Orientadora: Profa. Dra. Roseni Pinheiro
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Coorientador: Prof. Dr. Rossano Cabral
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. André Luís de Oliveira Mendonça
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Profa. Dra. Andrea Damiana da Silva Elias
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Lisete Ribeiro Vaz
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2024

RESUMO

GARCIA, Priscila Calmon. **Tramas e tecituras em busca do cuidado**: Enlaces entre Itinerários Terapêuticos e saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2024. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

As pessoas experienciam o processo de adoecimento e cuidado em saúde de inúmeras formas, percorrendo os mais diversos serviços, práticas e saberes em busca de respostas as suas aflições e sofrimentos. Nos últimos 23 anos, no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, observa-se essa diversidade e aposta-se nela para a sedimentação do cuidado na lógica da Atenção Psicossocial, que tem o território e a comunidade como palco das relações sociais, culturais, políticas e econômicas, essas que também dizem respeito de como as pessoas vivenciam o sofrimento psíquico. Assim, esse estudo teve como objetivo principal analisar a literatura científica produzida sobre os Itinerários Terapêuticos no campo da saúde mental, no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, durante o período de 2000-2023. Tratou-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, realizada a partir de pesquisas no Portal Brasileiro de Publicações e Dados Científicos em Acesso Aberto (Oasisbr), no Scientific Electronic Library Online (SciELO), na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram selecionados 39 estudos científicos. Os resultados foram agrupados em três núcleos de significação: Trajetórias assistenciais manicomiais em tempos de Reforma Psiquiátrica; O início de um percurso comunitário, ainda que formal; Itinerários que se misturam e se imbricam na trama das coletividades. O primeiro e o segundo núcleo abordam os caminhos dentro do sistema formal, sobre as vivências institucionalizantes e os processos de medicalização da vida; e os percursos nos serviços territoriais, como os da Atenção Primária e os Centros de Atenção Psicossocial, respectivamente. O terceiro núcleo incorporou os percursos de cuidado que estão além dos serviços de saúde, mas que dizem respeito à cultura dos indivíduos, suas ancestralidades, dos saberes e práticas populares e das possibilidades que encontram junto às suas redes de apoio social. Aqui também se destaca a importância de compreender os atravessamentos dos marcadores sociais da diferença no processo de adoecimento da população e nos seus itinerários terapêuticos.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Itinerários Terapêuticos; Cuidado; Enfermagem; Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

GARCIA, Priscila Calmon. **Plots and weavings in search of care: Links between Therapeutic Itineraries and mental health in the context of the Brazilian Psychiatric Reform.** 2024. 127 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

People experience the process of illness and health care in countless ways, going through the most diverse services, practices and knowledge in search of answers to their afflictions and suffering. Over the last 23 years, in the context of the Brazilian Psychiatric Reform, this diversity has been observed and it has been invested in to consolidate care in the logic of Psychosocial Care, which has the territory and the community as the stage for social, cultural, political and economic relations, which also concern how people experience psychological suffering. Thus, the main objective of this study was to analyze the scientific literature produced on Therapeutic Itineraries in the field of mental health, in the context of the Brazilian Psychiatric Reform, during the period 2000-2023. This was an Integrative Literature Review, carried out based on research in the Brazilian Portal of Publications and Scientific Data in Open Access (Oasisbr), the Scientific Electronic Library Online (SciELO), the Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations (BDTD) and the Virtual Health Library (BVS). Thirty-nine scientific studies were selected. The results were grouped into three core meanings: Asylum care trajectories in times of Psychiatric Reform; The beginning of a community path, albeit formal; Itineraries that mix and intertwine in the fabric of collectivities. The first and second cores address the paths within the formal system, on institutionalizing experiences and the processes of medicalization of life; and the pathways in territorial services, such as Primary Care and Psychosocial Care Centers, respectively. The third core incorporated care pathways that go beyond health services, but that concern the culture of individuals, their ancestry, popular knowledge and practices, and the possibilities they find within their social support networks. Here, the importance of understanding the intersections of social markers of difference in the population's illness process and in their therapeutic itineraries is also highlighted.

Keywords: Mental Health; Therapeutic Itineraries; Care; Nursing; Brazilian Psychiatric Reform.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	6
1	A SAÚDE MENTAL E O SEU PERCURSO REFORMISTA	12
2	ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: CAMINHOS EM BUSCA DE CUIDADO	25
2.1	Tecituras socioantropológicas: as bases conceituais e metodológicas sobre o tema	26
2.1.1	<u>(Des)conexões entre Itinerário Terapêutico, Trajetória Assistencial e Linha de Cuidado</u>	34
2.2	Itinerância e loucura: a busca por cuidado em contextos de sofrimento psíquico	36
3	PERCURSOS METODOLÓGICOS	40
3.1	Etapa 1: Escolha do tema e formulação da questão disparadora	44
3.2	Etapa 2: Pesquisa Bibliográfica e definição dos critérios de elegibilidade	44
3.3	Etapa 3: Coleta e organização das informações relevantes dos estudos selecionados	49
3.4	Etapa 4: Análise crítica e interpretação dos estudos incluídos	50
3.5	Etapa 5: Discussão e apresentação dos resultados	51
4	PERCURSO DESCRITIVO DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS SELECIONADAS E AS CARACTERÍSTICAS DOS SEUS ACHADOS: ENLACES ENTRE ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E A SAÚDE MENTAL BRASILEIRA	52
5	TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS MANICOMIAIS EM TEMPOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA?	63
5.1	Empuxo Manicomial: um circuito de internações e institucionalizações	63
5.1.1	<u>Percursos que envolvem experiências de (des)cuidado</u>	72
5.2	A medicalização do sofrimento e a ambígua relação entre loucura e medicamentos	75
6	O INÍCIO DE UM PERCURSO COMUNITÁRIO, AINDA QUE FORMAL	81

6.1	Rotas que se aproximam dos serviços territoriais e regionais	81
6.2	Caminhos atravessados por marcadores sociais e processos de vulnerabilização	91
7	ITINERÁRIOS QUE SE MISTURAM E SE IMBRICAM NA TRAMA DAS COLETIVIDADES	95
7.1	Circuitos subjetivos e dilemáticos: apontamentos sobre o destaque da rede de apoio social na construção dos Itinerários Terapêuticos	96
7.2	Trilhas de fé e de axé: da espiritualidade à religiosidade e ao mundo místico .	102
7.3	Rumos que envolvem cultura: dos saberes populares às práticas tradicionais	105
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
	REFERÊNCIAS	113

INTRODUÇÃO

Escrever não é certamente impor uma forma (de expressão) a uma matéria vivida (...) Escrever é um caso de devir, sempre inacabado, sempre em via de fazer-se, e que extravasa qualquer matéria vivível ou vivida. É um processo, ou seja, uma passagem de Vida que atravessa o vivível e o vivido.

(DELEUZE, 1997, p. 11)

Esta dissertação é resultado de um processo de reflexão e escrita demarcado temporal e espacialmente. Um estudo que se constituiu a partir de trajetórias, percursos, encontros, itinerâncias, caminhos e tecituras. Se aqui escrevo, é porque os vivi, com tudo o que me “aproximava, o mais próximo e o mais distante” como disseram Deleuze e Guattari (2011, p. 10) sobre a experiência de escrita do Anti-Édipo.

A princípio, considero pertinente mencionar a minha trajetória pessoal que me trouxe até aqui, envolvida pelos percursos históricos da Saúde Mental, fui movida pelo desejo de adentrar nesse campo e atuar profissionalmente. Daí então, houve o encontro com os inúmeros itinerários e itinerâncias dos sujeitos que caminham e tecem suas redes em busca de cuidados voltados ao sofrimento psíquico.

Minha trajetória se inicia ainda na graduação em Enfermagem¹, quando me encontro com o Sistema Único de Saúde (SUS), com a Gestão em Saúde Pública e, posteriormente, com a Saúde Mental. Em algum momento, me vi entrelaçada por esses três “mundos” e mais uma jornada se iniciou: a Especialização em Saúde Mental.

Durante a residência em Saúde Mental² tive a oportunidade de imergir dentro desses “mundos”, não só na teoria, mas também na sua própria práxis. Ao longo dessa experiência, atuei dentro de um Hospital Psiquiátrico no estado do Rio de Janeiro e conheci das mais diversas pessoas que ali chegavam em busca de cuidados. Foi então que me deparei com a itinerância dos usuários pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a dificuldade no acesso à atenção especializada. Essa perambulação era percebida a partir de alguns elementos, como o fenômeno

¹ Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), situada em Salvador, de 2015 a 2020.

² Especialização na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), de 2020 a 2022.

da “porta giratória” dos usuários nas internações psiquiátricas; os relatos de dificuldade no acesso aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), seja para iniciar o acompanhamento ou dar continuidade neles; a ausência de serviços especializados no território ou qualificados com leitos para acolhimento noturno em situações de crise; ou pelo próprio desejo da família e/ou do usuário em acessar os diversos serviços da rede para dar uma ou mais respostas às suas aflições.

A orientação do cotidiano de trabalho enquanto residente multiprofissional neste programa era realizar projeções para o que havia do lado de fora dos muros psiquiátricos, para as redes que constituíam ou poderiam se (re)construir na vida daqueles sujeitos que ali estavam internados. A partir disso, me propus a ver além dos muros institucionais de um hospital psiquiátrico e compreender as tramas e conexões tecidas pelos usuários, familiares e/ou rede de apoio, sejam elas compartilhadas com outras pessoas ou instituições, com outros saberes e culturas, ou do sujeito com ele mesmo, colocando em cena sua autonomia e protagonismo.

As minhas concatenações envolviam refletir sobre os aspectos que os usuários vivenciavam e construía diariamente no cotidiano, as redes que teciam no seu entorno e a pluralidade de saberes e práticas que lhes eram oferecidas a partir de suas demandas por cuidado e que, por vezes, passavam despercebidas e desconhecidas pelos profissionais de saúde. Nessa direção, pareceu-me interessante cartografar alguns itinerários e acompanhar os usuários reconhecendo a potência deles nos seus territórios afetivos com todas as multiplicidades envolvidas e maneiras de andar na vida e produzi-la, formas de cuidar de si para além dos saberes hegemônicos do campo da saúde, abrangendo também saberes no campo dos afetos, da cultura, dos mais diversos modos de viver.

Ao longo da minha trajetória na Residência, conheci dois senhores que tinham a itinerância como elemento central nas suas histórias de vida. E essas itinerâncias foram escolhas deles, por motivos diversos e distintos para cada um. O que notei como semelhança foram as inúmeras institucionalizações de ambos e o “não-lugar” característico das suas andanças, que eram muito contrastantes para um deles. E, em contrapartida, para o outro, apesar das perambulações, havia um retorno seguro para o lugar de mais afeto. E essas semelhanças e diferenças me fizeram refletir e questionar a respeito desses itinerários e o significado deles para os sujeitos que os percorrem na vida, e então me deparei com o conceito dos Itinerários Terapêuticos, que compreende “as experiências de pessoas e famílias em seus modos de significar e produzir cuidados, empreendendo trajetórias dos diferentes sistemas de cuidado e tecendo redes de

sustentação e apoio que possam lhes dar sustentabilidade nessa experiência” (PINHEIRO et al., 2016, p. 22).

Ao longo do tempo acompanhando esses e outros sujeitos, observei alguns elementos decisivos nessas redes constituídas por eles, seja pela autonomia ou sua ausência no processo de escolha desses dispositivos de cuidado, seja pelo estigma e preconceitos que os embarreiram no momento de acessá-los, ou até mesmo pela urgência no momento de crise e intensidade do sofrimento psíquico, do usuário, da família e/ou da rede de apoio. Com o tempo percebi que aquilo que eu chamava de itinerância, alguns chamavam de “caminhar”, porque eram escolhas que eles faziam, mas que também foram levados a fazer. Foi nesse momento que eu percebi que os Itinerários Terapêuticos permitem que múltiplas possibilidades de cuidado possam coexistir e também possibilitam analisar o modo como a rede pública de atenção à saúde se estrutura e a experiência dos usuários dentro dela.

Após o fim da residência, passei a compor a equipe de um CAPS como Enfermeira e posteriormente, também como Responsável Técnica (RT). Em um novo serviço que também costuma ser parte dessas trajetórias de cuidado, pude observar esses itinerários e caminhos com outro olhar: enquanto trabalhadora e gestora da saúde mental. E, assim, percebi que a minha abstração era concreta: os percursos trilhados pelos usuários em busca de cuidado, em sua maioria, “passavam batido” pelos profissionais. Observei que ao tratar desse tema dentro do CAPS, por exemplo, os questionamentos feitos aos usuários no acolhimento inicial se concentram em saber as instituições psiquiátricas nas quais já estiveram internados, quando isso é indagado e, às vezes, se possuem cadastro em alguma Unidade de Saúde da Família (USF) do território adscrito.

A constância de situações similares a essa no cotidiano de trabalho me instigaram a saber mais a sobre a história de vida desses sujeitos, a relação deles com seu território, sua casa e com a comunidade; se eram orientados por alguma prática religiosa; como se davam suas relações familiares e/ou se havia rede de apoio presente; quais as outras instituições que compuseram o caminho percorrido; se já haviam tentado alguma outra prática individual ou sociocultural na tentativa de solucionar seus problemas de saúde e, se eles tiveram desejo e voz na escolha pelo cuidado de si. Além disso, sob um olhar de gestão, e lembrando as vivências enquanto residente, confirmei a dificuldade que os usuários tinham na continuidade do acompanhamento nos serviços de saúde, muito associada à dificuldade do próprio serviço em atender a expectativa desses sujeitos e, por outro lado, em atender à expectativa do profissional nessa

relação de cuidado. E, a meu ver, todas essas indagações e reflexões são caminhos que propiciam análises sobre as condições da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os seus pontos de atenção. Compreender como os serviços de base territorial vêm acolhendo e gerindo o cuidado aos seus usuários, como se dão os fluxos e as portas de entrada desses serviços, bem como as portas de saída, quando existem de modo estruturado, são questionamentos que se fazem necessários ao pensarmos a oferta e demanda de cuidados em saúde. E, nesse sentido, os Itinerários Terapêuticos vêm sendo utilizados como constructo teórico-metodológico para subsidiar a reafirmação dos princípios do SUS e também em pesquisas avaliativas em saúde para se conhecer as práticas de gestão e de cuidado existentes no cotidiano dos serviços (PINHEIRO et al., 2016).

E esses itinerários e fluxos estão atrelados ao que conhecemos hoje como RAPS, mas para compreendê-la em sua totalidade será necessário revisitar, mais à frente, alguns marcos teóricos e temporais do campo da Saúde Mental desde o final da década de 1960 até os dias atuais (BRASIL, 2021). O processo de constituição e reestruturação do que viria a ser campo da Atenção Psicossocial e a RAPS envolveram diversas propostas com mudanças no modelo de atenção à saúde mental a partir de estratégias de difusão e expansão de inovações institucionais (OKAZAKI, 2010). Desse modo, a RAPS, hoje, organiza e estabelece os fluxos para atendimento de pessoas em sofrimento psíquico, desde os transtornos menos complexos até os mais graves (BRASIL, 2021).

Assim, os usuários passam a ter uma maior disponibilidade de serviços, para além dos hospitais psiquiátricos. Torna-se possível transitar por mais de um dispositivo, ter outras possibilidades de acesso e construir um cuidado contextualizado com os modos de vida dos usuários. A noção de território e de serviços comunitários advindas com a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica Brasileira traz à tona essa variedade e, assim, o caminhar dos sujeitos por esses espaços e dispositivos de cuidado é algo que merece atenção, assim como a maneira como eles os acessam. Como afirmam Lemke e Silva (2011), é possível construir uma ética do cuidado com a itinerância, quando esta deixa de ser apenas um recurso pragmático de acesso e, ao explorar a potência política do movimento, consegue transformar o território num laboratório de invenção de novos modos de existência.

Foi no contexto dessas experiências e reflexões que elegi como objeto de estudo os Itinerários Terapêuticos no campo da Saúde Mental e no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira e compreendi a importância de desenvolver uma Revisão Integrativa da Literatura

para conhecer o que tem sido produzido sobre o tema, não somente na teoria mas também na práxis. Considerando o exposto, a pergunta disparadora desta revisão integrativa é: O que tem sido produzido sobre Itinerários Terapêuticos e Saúde Mental no contexto brasileiro nos últimos 23 anos, desde a Lei 10.216/2001, da Reforma Psiquiátrica? Como essa interface é abordada na literatura científica publicada?

Esta dissertação está organizada em três capítulos: No primeiro capítulo introduzir o tema a ser explorado e o escopo dessa pesquisa. O segundo capítulo diz respeito ao referencial teórico da Saúde Mental, o qual contém um breve apanhado histórico sobre a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, o qual contém aspectos históricos considerados relevantes na discussão do objeto, com aspectos sobre a Atenção Psicossocial no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seguida, no terceiro capítulo, proponho um resgate histórico das discussões socioantropológicas sobre os Itinerários Terapêuticos e as possíveis aproximações e encontros desse constructo teórico-metodológico com o campo da Saúde Mental. O quarto capítulo é dedicado a apresentar os percursos metodológicos dessa pesquisa, abrangendo o método e os procedimentos realizados na coleta, categorização, análise crítica e interpretação dos dados. A partir do quinto capítulo inicio a apresentação dos resultados e discussão, com breve caracterização e análises quantitativas sobre as produções selecionadas na revisão. No sexto capítulo me proponho a abordar as trajetórias assistenciais das pessoas e famílias que vivenciam situações de sofrimento psíquico, indicando a presença de um circuito marcado pela presença dos hospitais psiquiátricos, assim como experiências que chamo de (des)cuidado, que envolvem controle dos corpos, violências institucionais e a medicalização do sofrimento psíquico. No sétimo capítulo a tendência de abordar serviços de saúde se mantém, porém agora aqueles que se aproximam mais dos territórios que circunscrevem as vidas dos sujeitos, em especial as unidades da Atenção Primária e os Centros de Atenção Psicossocial. Ainda neste capítulo, propus destacar nessa discussão sobre os marcadores sociais da diferença e os processos de vulnerabilização expostos nos itinerários dos sujeitos e suas histórias, bem como o efeito do capitalismo e da lógica neoliberal na produção e exacerbação do sofrimento psíquico. No oitavo capítulo amplio a discussão para as tramas que envolvem e abraçam tudo aquilo que diz respeito ao coletivo e aos contextos socioculturais, com enfoque para a relevância da rede de apoio na construção e direcionamentos dos itinerários terapêuticos; da religiosidade, espiritualidade e ao mundo místico acessado pelas pessoas para manutenção de suas vidas; e também sobre a presença das práticas e saberes populares e tradicionais dos percursos de cuidado das pessoas e famílias. Finalizo essa dissertação no capítulo nove, com as considerações finais, reforçando os

achados da pesquisa mais relevantes, as lacunas desse estudo, indicações de discussões que requerem aprofundamento em futuras pesquisas e minhas considerações enquanto autora que aqui escreve e imprime em sua escrita um pouco de si, de afeto, de humildade acadêmica e de vida real ao finalizar esse ciclo de escrita.

Objetivos

Objetivo Geral

Analisar a literatura científica produzida sobre os Itinerários Terapêuticos no campo da saúde mental, no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, durante o período de 2001-2023, a partir da pesquisa bibliográfica em diferentes veículos de produção de conhecimentos no campo da saúde coletiva (periódicos, coletâneas, livros, teses e dissertações).

Objetivos Específicos

- Utilizar ferramentas de busca para recuperação da literatura sobre os Itinerários Terapêuticos de pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou em sofrimento psíquico no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
- Identificar os aspectos que se relacionam com o processo de escolha, tomada de decisão e vinculação dos usuários e famílias às redes de serviços e/ou redes sociais de cuidado.

1 A SAÚDE MENTAL E O SEU PERCURSO REFORMISTA

Para iniciar esse capítulo pretendo percorrer um breve caminho teórico a respeito dos processos responsáveis pelo atual modelo de Saúde Mental no Brasil: a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e a Luta Antimanicomial, movimentos iniciados no final da década de 1970 a partir de debates, manifestações e do engajamento de diversos setores sociais que criticavam as antigas concepções de saúde e a assistência, tal qual as conservadoras apreciações e intervenções sobre a loucura. Esses movimentos abriram espaço para avanços na construção de novos saberes e práticas no campo da saúde pública.

O processo de mudanças das práticas que eram anteriormente adotadas na psiquiatria teve início na virada do século XX para XIX, quando deu-se conta da insuficiência das instituições asilares e manicomiais, e essas críticas passam a incidir sobre a psiquiatria, condenando suas normatizações e controle, assim como suas práticas institucionais que violavam os direitos humanos dos pacientes internados, envolvendo abandono, violência e maus-tratos (TENÓRIO, 2002), além de serem mantidos sob a tutela dos profissionais que ali atuavam (em especial, médicos e enfermeiros) e sem ter direitos de contestações ou decisões sobre si (FOUCAULT, 2006).

Na década de 1970, os trabalhadores da saúde mental começaram a protagonizar as denúncias das violências que aconteciam dentro dos manicômios e um processo crítico a respeito do saber psiquiátrico e da hegemonia do modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) merece menção direta, pois assumiu-se, em 1978, enquanto movimento social formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, sindicalistas e membros de associações de profissionais que lutavam pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil (BRASIL, 2005). Esse movimento alcançou grande repercussão e liderou os avanços da Luta Antimanicomial no Brasil (TENÓRIO, 2002).

Importante atentarmos-nos ao período em que esses eventos ocorrem, na segunda metade da década de 1970, no contexto do combate ao Estado autoritário, com críticas que emergiram em torno da ineficiência da assistência e do caráter privatista da política de saúde. A Reforma Psiquiátrica teve como período germinativo esse panorama central: a luta mais ampla pela

redemocratização do país (TENÓRIO, 2002), e surge como um processo mais concreto e principalmente a partir desse contexto, fundamentando-se

(...) “não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização” (AMARANTE, 1995, p. 91).

É imprescindível, também, estender aqui o entendimento de que essa crítica ao autoritarismo e a elaboração de propostas alternativas ao cenário instalado no setor saúde nesse período, constituíram, também, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que de acordo com Tenório (2002, p. 32), tratou-se, também, de

“um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde. A importância é colocada na administração e no planejamento dos serviços e na ampliação do acesso da população à assistência em saúde. Apostava-se que o aperfeiçoamento técnico e o gerenciamento honesto e competente dos recursos da ciência médica pela gestão pública resolveriam o problema da má assistência em saúde, inclusive (mas não apenas) no setor psiquiátrico.

A década de 1980 marca a chegada dos protagonistas e do programa do movimento sanitário à gestão efetiva dos serviços e das políticas públicas, e ambos os movimentos e suas pautas ganham força a partir da segunda metade dessa década (TENÓRIO, 2002).

Retomando os eventos em torno da Política Nacional de Saúde Mental, em 1987, após a realização do II Congresso Nacional do MTSM em Bauru-SP, lançam o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, slogan atual do movimento da Luta Antimanicomial que ocorre em diversas cidades brasileiras e que remete à discussão crítica em torno da institucionalização da loucura (AMARANTE, 1994). Nesse mesmo ano, ocorreu também a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro (BRASIL, 2005).

No que diz respeito ao sistema de saúde, em 1987 nasceu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do país, em São Paulo, modalidade de serviço que futuramente viria a ser nuclear e crucial numa rede de cuidados integrada de atenção à saúde mental. E, em 1989, outro marco importante ocorreu, e com repercussão nacional: o processo de intervenção da Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico localizado na cidade de Santos (São Paulo), local com histórico de maus-tratos e óbitos de pacientes. Esses eventos marcaram o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e apontavam que não tratava-se apenas de uma retórica, mas de algo possível e exequível, com a real possibilidade de se construir uma rede de cuidados substitutiva aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Importante retomar que, com a Constituição Federal de 1988 e a partir “da reivindicação popular por um modelo de assistência baseado na garantia de direitos, promoção da cidadania e perspectiva de integração das diversas dimensões de saúde, numa conjuntura nacional de fortificação dos direitos sociais” nasce o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRAGA; FARINHA, 2018, p. 370).

Delgado (1992, p. 29) corrobora que a provocação acerca da “cidadania de sujeitos obrigatoriamente tutelados” foi uma das principais características dos movimentos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica Brasileira. Os movimentos sociais, bem como seus apoiadores fizeram avançar discussões imprescindíveis na conjuntura da restauração democrática pela qual o país passava, e que teve “como marca distintiva e fundamental o reclame da cidadania do louco, embora trazendo exigências políticas, administrativas, técnicas – também teóricas – bastante novas, a reforma insiste num argumento originário: os ‘direitos’ do doente mental, sua ‘cidadania’” (DELGADO, 1992, p. 29).

Associado a isso, Almeida (2019, p. 2) afirma que “o desenvolvimento da política de saúde mental no Brasil esteve estreitamente associado à criação do SUS, à descentralização da administração da saúde no país, à mobilização de profissionais e a mudanças sociais e culturais da sociedade brasileira”. O autor também expõe que a participação de todos os setores da sociedade foi uma das características mais marcantes da RPB. Isso pode ser evidenciado a partir dos congressos e conferências já citados anteriormente e que seguirão ocorrendo na linha do tempo, com a participação de profissionais, usuários e famílias, cujo papel fundamental envolvia o desenvolvimento do que viria a ser a própria Política Nacional de Saúde Mental. Essas manifestações da participação popular corroboram com um dos marcos conceituais da Reforma: a perspectiva da cidadania do louco, como também anuncia Tenório (2002).

Retomando a linha do tempo, ainda em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT/MG) apresentou o Projeto de Lei (PL) 3.657/1989 no Congresso Nacional, propondo a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a substituição deles por dispositivos que praticassem outras modalidades de cuidado, preferencialmente sob alicerces comunitários e efetivamente terapêuticos, tendo o cuidado em liberdade como um dos princípios condutores, além da regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005; BRASIL, 2001). Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, esse PL foi transformado na Lei Federal nº 10.216, promulgada em 06 de abril de 2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas

portadoras de transtornos mentais, redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001) e privilegia a oferta de tratamento em serviços de base territorial (BRASIL, 2005).

Ao longo desse longo período de tramitação da legislação, ocorreu a Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em 1990 em Caracas, na Venezuela, na qual foi promulgada a Declaração de Caracas, documento que marca o compromisso em torno das reformas na Atenção à Saúde Mental nas Américas (OPAS, 1990). Nele, todos os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometeram-se a reestruturar a assistência psiquiátrica, com revisão crítica a respeito do papel hegemônico e centralizador dos hospitais psiquiátricos (HIRDES, 2009). A autora acrescenta que também houve consideração quanto aos direitos civis, a dignidade e os direitos humanos dos usuários, propiciando meios de permanência dos mesmos em seu meio comunitário em situações mais vulneráveis). Em 1992, ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental, considerada um marco histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois houve uma intensa participação da sociedade no processo da reforma e cerca de “20% dos delegados presentes eram representantes dos usuários dos serviços e de seus familiares” (TENÓRIO, 2002, p. 45).

Nesse contexto reformista e após a promulgação da lei 10.216, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, na qual o governo federal consolida a Política Nacional de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica como políticas de governo e do SUS, alinhadas entre si, com pactuações democráticas a respeito dos princípios, diretrizes e estratégias para a mudança do modelo de atenção à saúde mental no país (BRASIL, 2005). Essa política, portanto, reverteu o Modelo Manicomial, centrado no hospital psiquiátrico, para o de Atenção Psicossocial, onde o acesso, o acolhimento, o vínculo e o acompanhamento das pessoas em situações de vulnerabilidade passa a se dar a partir de serviços territorializados e de base comunitária (ESPERIDIÃO et al., 2013).

A Política Nacional de Saúde Mental tem como diretrizes: 1) a desinstitucionalização, com a progressiva redução de leitos em hospitais psiquiátricos; 2) a expansão e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como ordenadores do cuidado às pessoas com transtornos mentais no SUS e como articuladores da RAPS; 3) a inclusão das ações de saúde mental na atenção primária, 4) a atenção integral ao usuário de crack, álcool e outras drogas; 5) a implantação de um programa permanente de

formação de profissionais para a Reforma Psiquiátrica; 6) a promoção dos direitos de usuários e familiares; 7) a implantação de um programa de geração de renda e trabalho (BRASIL, 2005).

Retomemos a respeito das normas que regulamentam a implantação de serviços de atenção diária: em fevereiro de 2002 passou a vigorar a Portaria Nº 336/GM/MS, com o objetivo de regulamentar e estabelecer o funcionamento dos CAPS, em suas diferentes modalidades e composição de equipes, como locais prioritários para atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, seguindo a lógica de trabalho no território (BRASIL, 2002).

Em 23 de dezembro de 2011, entrou em vigor a Portaria nº 3.088/GM/MS, que instituiu oficialmente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a finalidade de criar, ampliar e articular os “pontos de atenção à saúde 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” (BRASIL, 2011, p. 1). Essa portaria redirecionou a atenção em saúde mental para atender à lógica do cuidado territorializado, com a garantia da livre circulação de pessoas com sofrimento ou transtorno psíquico pelos serviços, pela comunidade e pela cidade, através de uma rede constituída pelos seguintes componentes:

I - Atenção Básica, formada pelas:

- a) Unidade Básica de Saúde (UBS)
- b) Equipes de Consultório na Rua (Cnar),
- c) Equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família,
- d) Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- e) Centros de Convivência e Cultura;

II - Atenção Psicossocial Estratégica, formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSad III, CAPSi).

III - Atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- d) Unidades Básicas de Saúde.

IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Acolhimento, em suas duas modalidades: adulto ou infanto-juvenil;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Enfermaria especializada em Hospital Geral;
- b) Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - Estratégias de Desinstitucionalização, sendo elas:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
- b) Programa de Volta para Casa (PVC);

VII - Estratégias de Reabilitação Psicossocial:

- a) Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda;
- b) Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Dentre os objetivos gerais da RAPS, temos a garantia da articulação e da integração dos pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências (BRASIL, 2011). Ou seja, a RAPS constitui-se enquanto rede integrada, que tem por base as equipes de saúde mental, que atuam sob a lógica do território, o acionamento da Rede de Urgência e Emergência (RUE) em casos agudos e que pode requerer uma intervenção hospitalar com ou sem internação e, em todos os casos, articulações devidamente realizadas com a Atenção Primária à Saúde e com os Centros de Atenção Psicossocial, além dos diversos outros componentes intra e intersetoriais.

Entretanto, apesar dos avanços e dos incentivos para consolidação dessa rede, esse processo não foi isento de dificuldades. A Política de Saúde Mental tem sido marcada por retrocessos e movimentos de precarização provenientes de ideais e interesses opostos à Luta Antimanicomial (GABRIEL, 2022), que tomam forma dentro de um projeto privatista neoliberal. Os anos subsequentes após a vigência da Portaria 3.088/2011 foram permeados pelos reflexos do que tem sido chamado de contrarreforma psiquiátrica, “que consiste no ataque direto às conquistas estabelecidas pela RPB, com um retorno à lógica de exclusão, estigma social e hospital

psiquiátrico como lócus do cuidado” (CHIABOTTO; NUNES; AGUIAR, 2022, p. 83). Nunes e colaboradores (2019) acrescentam também que a contrarreforma é

“(…) um processo sociopolítico e cultural que evidencia uma correlação de forças e interesses que tensionam e até revertem as transformações produzidas pela reforma psiquiátrica nas quatro dimensões propostas por Amarante (2007, p. 64): epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídica e sociocultural” (p. 4491).

Quando mencionamos a dimensão epistemológica (teórico-conceitual), trata-se da ruptura com o modelo biomédico e psiquiátrico tradicional e da construção de um novo paradigma. Nesse sentido, dois conceitos são fundamentais: o de desinstitucionalização, que não se trata apenas da reestruturação técnica dos dispositivos, mas também, de um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos (AMARANTE, 2009), além de defender formas ampliadas de acolher e cuidar na sua existência concreta de vida dessas pessoas, e claro, em liberdade. Outro conceito é o de “doença mental”, que passou a ser colocado em xeque juntamente com as práticas profissionais e as relações, que iam se constituindo e transformando os dispositivos e os sujeitos envolvidos neste processo (MELO, 2012).

A dimensão técnico-assistencial está ligada à dimensão anterior, pois nela se concentra a construção de serviços substitutivos ao manicômio (AMARANTE, 2007). Já a dimensão jurídico-política pode ser compreendida nessa série de mudanças legislativas no que diz respeito aos novos conceitos e práticas no campo da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica no Brasil (AMARANTE, 2007). De acordo com Alves (2012), a dimensão sociocultural, por sua vez, traz à tona a construção de um novo lugar social para a loucura e para o sujeito louco e a sua relação com a sociedade:

“(…) Essa dimensão está intimamente ligada às ações e estratégias de cunho cultural, que têm por objetivo trabalhar socialmente o estigma produzido ao longo dos séculos em torno da loucura, além de defender as possibilidades de tratamento e cuidado, para além dos espaços manicomialis.”

Essas quatro dimensões estão vinculadas entre si, e apresento-as brevemente aqui a fim de esboçar os efeitos dos desmontes apontados na atual Política de Saúde Mental e seus impactos no que considero meu objeto de pesquisa: a maneira como os usuários realizam suas buscas por cuidado em saúde mental. Esses retrocessos, sem dúvidas, perpassam por todos os sujeitos em busca de cuidado e em todas as etapas dessa busca, desde a procura pelo serviço, a maneira como se dá esse acesso na primeira tentativa, as experiências consecutivas, a continuidade desse cuidado, o vínculo com o serviço e/ou profissionais de saúde, e o momento em que esse vínculo

se encerra, por diversos motivos possíveis. E assim, em um contexto de desmantelamento da rede, os sujeitos tecem ‘teias de cuidado’, permeadas por entraves, por barreiras de acesso e por dificuldades no atendimento às suas necessidades.

De acordo com Pinho (2019), no âmbito político-jurídico, a agenda de desmontes e retrocessos teve início com a Portaria GM/MS Nº 131, de 26 de Janeiro de 2012 (BRASIL, 2012), que insere as Comunidades Terapêuticas na RAPS, intitulando-as, também, como Serviços de Atenção em Regime Residencial, e institui o incentivo financeiro destinado aos estados, municípios e ao distrito federal para apoio ao custeio a esses locais. Apesar de muitas delas terem sido denunciadas como locais de tortura, exploração do trabalho dos usuários e de encarceramento privado, e se configurarem como práticas de violação de direitos, tanto pelo CPF (2018) quanto pelo IPEA (BRASIL, 2017a). Duarte (2018) aponta que essa medida reforçou-se estrategicamente e com um aporte substancial de dinheiro público para as comunidades terapêuticas, promoveu a aliança do governo com setores conservadores e fortaleceu a presença das forças oponentes à política de saúde mental, dando ênfase às comunidades terapêuticas e abrindo espaço para a reedição da lógica higienista, proibicionista, criminalizante e manicomial, que vinham sendo reforçadas desde os Programas Nacional de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, em 2010 e o Crack, é possível vencer, em 2011, políticas essas contrárias a qual se pauta o projeto político da Reforma Psiquiátrica Brasileira e que impõe “desafios e obstáculos ao avanço de um cuidado antimanicomial e antiproibicionista” (p. 233) no âmbito da Política Nacional de Álcool e Outras Drogas.

Ainda nesse cenário, a partir de 2016, no governo de Michel Temer (Movimento Democrático Brasileiro - MDB), ocorre a intensificação da hegemonia ultraneoliberal no Brasil. Um dos marcos desse período foi a instituição do Novo Regime Fiscal (NRF), através da Emenda Constitucional Nº 95/2016, que determinou o congelamento dos gastos com as despesas primárias por 20 anos, valendo, portanto, até 2036 (MARIANO, 2017), o que aprofundou ainda mais o já crítico financiamento da saúde pública no país (DESINSTITUTE; WEBER, 2021).

De acordo com Duarte (2018, p. 235), esse cenário de subfinanciamento e cortes na saúde se somam com as precariedades já conhecidas, como

(...) “a rotatividade dos trabalhadores e seus contratos e vínculos de trabalho cada vez mais precarizados, a lógica de privatização crescente e o contexto de violência que cada vez mais afeta os territórios dos dispositivos assistenciais, como as moradias de usuários, familiares e alguns trabalhadores”.

Seguindo ainda nessa linha do tempo, no ano seguinte, em 2017, foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.588/2017, que alterou e incluiu novos componentes na RAPS, como os Hospitais Psiquiátricos especializados; Hospital Dia; Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas IV (CAPSad IV); aumento no valor das diárias de 15% para 20% dos Leitos em Hospital Geral com financiamento somente a partir de oito leitos, entre outras estratégias antirreformistas e de caráter essencialmente hospitalocêntrico (BRASIL, 2017b; ABRASME, 2020).

De acordo com Prudêncio e Sena (2022) e Duarte (2018), essa nova portaria que altera a RAPS reforça a lógica manicomial com o aumento do financiamento de leitos em hospitais psiquiátricos, o incentivo financeiro aos números de leitos em hospitais gerais, e o desfinanciamento do modelo de atenção psicossocial de base comunitária, de modo que prejudica a premissa do cuidado em liberdade, retoma lógicas de ambulatorização do cuidado com equipes especializadas, e recoloca as internações em evidência como resposta às situações de crise. Duarte (2018) também observa que, com a nova legislação, foi retirada a ênfase na reabilitação psicossocial, como as propostas de economia solidária e geração de renda, e atuação das cooperativas sociais, o que corta uma iniciativa de sucesso, amplamente abordada na literatura científica, e que inclusive tem peso econômico e de reinserção social, devido à possibilidade dessas atividades incentivarem que as pessoas anteriormente dependentes e tuteladas possam ser produtivas e autônomas.

No final de 2018, após Jair Bolsonaro ganhar as eleições, formou-se uma frente parlamentar a favor da nova política de saúde mental, baseada no retorno à manicomialização. Em 2019, o Ministério da Saúde (MS) elaborou a Nota Técnica Nº 11/2019, que dispõe sobre as modificações feitas na RAPS nos anos anteriores pelas ações e portarias que romperam com os princípios constitucionais da Lei 10.2016 (BRASIL, 2019; GABRIEL, 2022).

O desmonte que acompanhamos nos últimos dez anos e a agenda neoliberal que pautou as decisões políticas e econômicas dos governos brasileiros promoveram um cenário de impactos nas políticas sociais e repercussões no subfinanciamento das políticas públicas, resultando na precarização do trabalho nos setores públicos (VASCONCELOS, 2010).

Apesar das diversas medidas que vêm sendo tomadas com vistas ao desmonte da RAPS, a Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo contínuo e de construção cotidiana. Ao longo de mais de 30 anos, o Brasil teve um lugar considerável e de reconhecimento internacional por ter sido um dos primeiros países, dentro do rol dos países em desenvolvimento, a estabelecer uma política nacional de saúde mental inspirada na maneira como os serviços de saúde mental se

desenvolveram na Itália e em outros países europeus (ALMEIDA, 2019). No campo dos direitos humanos, inclusive, o consenso criado em torno dos princípios da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência revelou que a política brasileira antecipou e esteve alinhada com muitos dos “princípios que viriam a ser universalmente reconhecidos com relação aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais” (ALMEIDA, 2019, p. 2).

Entretanto, nesse cenário de cortes e desmontes a partir de 2016, políticas e serviços públicos de atenção psicossocial foram objeto de negociações, e diversas medidas foram tomadas, tanto em benefício de instituições que apoiavam o modelo asilar, como também um avanço, ainda que incipiente, na ampliação dos serviços de base comunitária e territorial (DESINSTITUTE; WEBER, 2021).

Apesar do contexto anterior, com pretensões e estratégias contrárias à política da RPB, em 2023, após a vitória do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, podemos lançar mão de algumas perspectivas mais promissoras no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental. Duas nomeações aqui já se fizeram importantes: a da socióloga, doutora em Sociologia e Mestre em Ciência Pública, Nísia Trindade, como Ministra da Saúde; e da enfermeira, mestre em Enfermagem Psiquiátrica e doutora em Enfermagem, Sônia Barros, como diretora do recém-criado Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde (DESME) (BELLESA, 2023). O nome deste departamento foi alterado no dia da abertura da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental Domingos Sávio (CNSM), em 11 de dezembro de 2023, quando o Ministério da Saúde publica uma portaria alterando o nome para Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DESMAD) (TIBURTINO, 2024). Ou seja, o DESMAD passa a ser uma nova estrutura do Ministério da Saúde, pois até 2022, a Política de Saúde Mental fazia parte de uma coordenação nacional. Após a mudança de gestão, a estrutura administrativa foi modificada e passou a existir um departamento com duas coordenações: uma que cuida especificamente das questões relacionadas à RAPS, aos seus serviços e das interlocuções entre eles; e outra coordenação que passa a cuidar e priorizar a desinstitucionalização com foco nos direitos humanos e no cuidado em liberdade (CONASEMS, 2024).

De acordo com João Mendes, coordenador-geral de Desinstitucionalização e Direitos Humanos da Rede de Saúde Mental do Ministério da Saúde, desde o início da nova gestão, em 2023, iniciou um processo de pactuação tripartite com o intuito de rever a base normativa que produzia divergência em relação aos fundamentos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, e identificaram que a Portaria 3.588/2017 era um desses instrumentos normativos que trazia

complicações na reorientação do modelo assistencial (CONASEMS, 2024). Assim, nasceu a Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023, que dispõe sobre organização e funcionamento da RAPS, e revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações.

Em entrevista realizada ao CEBES Debate, junto ao psiquiatra Paulo Amarante, Sônia Barros menciona a realidade com a qual se deparou ao assumir o cargo do DESME: “Serviços estratégicos da Rede de Saúde Mental, especialmente os CAPS passaram a ter um crescimento abaixo das médias anteriores. Em paralelo a isso, ocorreu o reajuste na tabela de custeio de hospitais psiquiátricos” (CEBES, 2023, s.p.).

Em consonância com esses e outros desafios que serão enfrentados nos próximos quatro anos, a ministra da saúde efetivou um compromisso ético-político de retomada dos princípios da Reforma Psiquiátrica. A sua primeira decisão, em caráter imediato, foi retomar a habilitação de novos serviços de saúde mental e iniciar estudos para a recomposição do custeio dos CAPS e dos Serviços Residenciais Terapêuticos (CES-MG, 2023).

Sônia Barros também reiterou o compromisso com o avanço da Reforma Psiquiátrica e o comprometimento em avançar rumo a um sistema de saúde mental mais inclusivo, equitativo e baseado no respeito à dignidade das pessoas, com reavaliação dos serviços da RAPS. Somado a isso, afirmou que os três principais pilares desta gestão serão: a desinstitucionalização, os direitos humanos e o cuidado em liberdade. Também acrescenta a luta por uma sociedade sem manicômios como lema da pasta, priorizando o cuidado em serviços comunitários. Assim, o DESME, junto à Secretaria de Atenção Especializada (SAES), tem promovido, de forma pactuada à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), um amplo processo de reordenamento da legislação em saúde mental. E, após alguns anos sem aumento de custeio, o MS inicia reposição dos valores mensais da RAPS, abrindo um cenário possível que favoreça a expansão dessa rede, com melhoria da qualidade dos serviços, aumento da capacidade de acolhimento e ampliação da oferta de serviços comunitários e consequente redução da demanda por hospitalização (ABRASME, 2023; LEITE, 2023; LIMA, CUNHA, SAMPAIO, 2023).

Na entrevista ao Cebes (2023), a diretora aponta alguns caminhos:

A Rede de Atenção Psicossocial será reestruturada, com foco nos serviços comunitários de saúde mental, tendo como compromisso a integralidade da saúde. Essa rede assistente deve ser fortalecida, pensando em composição orçamentária, investimento em formação, educação permanente para os trabalhadores, com vista ao melhoramento das práticas de cuidado (...) cremos que o cuidado da saúde mental, com base em ações e serviços comunitários, preserva as condições essenciais para o

exercício da cidadania, tais como autonomia, liberdade de circulação, liberdade de escolhas e protagonismo. E para tanto se deve fortalecer a interlocução e ações conjuntas com o setor da Cultura, os Centros de Convivência, projetos de geração de renda e outros”.

Nos últimos meses, portanto, já foi possível observar mudanças sendo implementadas. A Portaria GM/MS Nº 1.261/2023 é o primeiro marco legislativo do governo progressista, que estabelece recursos de investimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com o acréscimo de mais de 344 milhões de reais a serem repassados aos CAPS de todo o Brasil, anualmente, marcando o início do processo de refortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2023a). Em seguida, houve a publicação da Portaria GM/MS Nº 1.267/2023, de 23 de outubro de 2023, que autorizou a recomposição financeira também para os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) habilitados pelo MS, destinando um recurso anual de cerca de R\$ 37 milhões para serem incorporados ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) dos estados e municípios (BRASIL, 2023b).

Outro aspecto da entrevista fornecida ao Cebes e que vale menção, pois dialoga com a dimensão sociocultural abordada previamente, são as pistas que Paulo Amarante também dá para pensarmos a questão do controle social nesse novo cenário político da saúde mental. Ele defende que “Não se trata de apenas ouvir a sociedade, mas de fazer com a sociedade. Ter a sociedade como protagonista dos processos de transformação, de construção do novo cenário” (CEBES, 2023, s.p.). Nessa mesma direção, Duarte (2018) aponta para um enfraquecimento da participação popular, evidenciado em especial pelo intervalo de nove anos entre a III e IV Conferências Nacionais de Saúde Mental de 2001 e 2010, e a próxima, que ocorrerá apenas 13 anos depois, em dezembro de 2023; além das contradições inerentes ao processo de controle social que se dá nos Conselhos de Saúde, nas suas três esferas de governo, e uma certa restrição às Conferências Nacionais de Saúde como um dos únicos locais onde se efetiva esse protagonismo político e social.

Diante do exposto, nessa linha temporal da Reforma Psiquiátrica e do nascimento do campo da Atenção Psicossocial, foi possível resgatar informações a respeito da consolidação da RAPS, os sucessivos entraves políticos que se sucederam e, mais atual, um cenário recente de possibilidades. E, a partir desse panorama, reflito a respeito dessas mudanças e da (re)construção da Política de Saúde Mental e questiono se, em algum sentido, essas transições ao longo dos últimos 23 anos foram “sentidas” pelos usuários e familiares ao longo dos seus processos de escolha, tomada de decisão e vinculação às redes de serviços e/ou redes sociais de

cuidado. Para contribuir com essa reflexão, convido ao debate sobre os Itinerários Terapêuticos para pensarmos o cuidado e maneira como ele se dá, no contexto das pessoas que o buscam.

2 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: CAMINHOS EM BUSCA DE CUIDADO

O Itinerário Terapêutico (IT) tem sido objeto de estudo da literatura socioantropológica e, mais recente, em produções da Saúde Coletiva das áreas de Políticas, Planejamento e Gestão e Ciências Sociais e Humanas em Saúde (GERHARDT; BURILLE; MULLER, 2016; CABRAL et al, 2011), e tem como principal objetivo abordar os processos pelos quais as pessoas buscam, escolhem, avaliam e aderem (ou não) às diversas formas de tratamento e ações de cuidado para resolver suas demandas ou problemas de saúde (ALVES; SOUZA, 1999). Esses autores afirmam que essa análise, no entanto, não deve se limitar à identificação de serviços e apresentação de como funcionam, ou sobre a utilização que as pessoas fazem deles, pois isso seria insuficiente para compreender as nuances do processo de escolha dos indivíduos nos contextos de adoecimento. O que deve ser considerado, sobretudo, é o meio social em que essas escolhas ocorrem.

Para pensar a questão da coletividade, trago pontualmente a reflexão feita pelo antropólogo Gilberto Velho (1981). Ao abordar sobre projetos individuais e sociais, ele ressalta que “a elaboração dos projetos individuais é feita dentro de um contexto em que diferentes ‘mundos’ ou esferas da vida social se interpenetram, se misturam e muitas vezes entram em conflito” (p. 46). Ou seja, podemos considerar que as escolhas dos indivíduos - aqui, sobre suas questões de saúde - estão intimamente conectadas a um amplo arcabouço social. O autor menciona, por exemplo, interesses comuns e outros aspectos, como classe social, grupo étnico, família, religião, vizinhança, ocupação, partido político, entre outros. Alves e Souza (1999) caracterizam, portanto, que esses estudos tendem a compreender a dinâmica contextual nas quais essas escolhas ocorrem, sendo elas individuais e, também, coletivas. Nessa perspectiva, as decisões associadas ao evento do adoecer vão constituir percursos terapêuticos que devem ser observados sob a luz da relação entre indivíduo e sociedade (CORÔA, 2021).

Nesse capítulo optei por compilar alguns conceitos e termos relevantes das literaturas socioantropológicas relacionados ao conceito dos Itinerários Terapêuticos, trazendo para a cena os autores e textos metateóricos que estabeleceram os alicerces teóricos e metodológicos sobre o tema, ainda que esse termo só tenha sido empregado mais de 30 anos depois. Não pretendo fazer um levantamento exaustivo da bibliografia, mas sim reunir cronologicamente os

principais estudos sobre a construção social da enfermidade e a experiência do adoecimento e recapitular os sentidos por trás da noção de IT. Como afirma Corôa (2021),

Esses textos são significativos sobretudo por abordarem os aspectos da teoria social que marcaram a história dos estudos sobre IT e mobilizarem diferentes tradições sociológicas ao discutirem a construção das trajetórias de cuidado (...) a análise desses textos revela de que forma os estudos sobre itinerários terapêuticos acompanharam o próprio desenvolvimento do pensamento sociológico no século XX” (p. 39).

2.1 Tecituras socioantropológicas: as bases conceituais e metodológicas sobre o tema

Os trabalhos que estabeleceram os fundamentos teóricos e metodológicos a respeito dos Itinerários Terapêuticos podem ser divididos em duas correntes de pensamentos: a primeira centrada no conceito de *illness behaviour* criado por Mechanic e Volkart (1961), comumente traduzido na literatura como “comportamento do enfermo” ou “comportamento do doente”. Em seus estudos, os sociólogos definiram *illness behavior* como a maneira como os indivíduos percebem, interpretam, avaliam e lidam com determinados sinais e sintomas, como monitoram seus estados internos e de que modo utilizam distintas fontes de informações informais e formais de cuidado (MECHANIC; VOLKART, 1961).

Essa primeira onda tinha como objetivo analisar as diversas formas como o “papel do enfermo” era desempenhado por diferentes indivíduos e grupos sociais (SIRRI; FAVA; SONINO, 2013) e compreendia que por trás das suas escolhas de saúde e cuidado havia uma lógica de consumo, o que fazia com que fossem guiados, de modo pragmático e racional, pela demanda e oferta de serviços de saúde e pelas práticas de cuidado assistenciais biomédicas disponíveis e que apresentassem a melhor relação custo-benefício para si (ALVES, 2016; GERHARDT; BURILLE; MÜLLER, 2016; CABRAL et al., 2011). Ou seja, era uma teoria baseada numa concepção voluntarista, racionalista e individualista, com base no pressuposto de que as pessoas estavam apenas interessadas em satisfazer suas necessidades e procuravam obter a maior vantagem possível sobre sua condição (ALVES; SOUZA, 1999). Esse modelo utilitarista sofreu críticas por diversos teóricos, como por exemplo, do sociólogo Talcott Parsons, que considerava que as condutas e tomadas de decisão eram orientadas diretamente pelos valores e normas dos indivíduos, não podendo ser dissociadas (ALVES; SOUZA, 1999). Assim como essa, outras considerações críticas foram tecidas, contribuindo para reformulações teórico-metodológicas relacionadas à discussão dos itinerários terapêuticos, dando espaço para

uma nova interpretação sobre os significados que as pessoas atribuem às suas questões de saúde, em diferentes contextos (ALVES; SOUZA, 1999).

Em 1977, o psiquiatra Eisenberg propôs uma importante distinção entre os conceitos de *disease*, compreendido como “doença processo”, e *illness*, entendido como “doença experiência”, apesar de ambas as palavras serem consideradas sinônimas no uso contemporâneo do inglês. O primeiro refere-se às anormalidades na estrutura e/ou no funcionamento dos órgãos e sistemas, e o segundo, à experiência subjetiva do mal-estar sentido pela pessoa adoecida. Ele ilustra dizendo que “os pacientes sofrem de ‘*illness*’, enquanto os médicos diagnosticam e tratam ‘*diseases*’” (EISENBERG, 1977, p. 11). Em vista disso, a experiência da doença não poderia ser reduzida à concepção biomédica de um processo patológico, mas sim considerar as normas, os valores e as expectativas individuais e coletivas que se expressam no modo como as pessoas pensam e agem (UCHÔA; VIDAL, 1994). Essa distinção irá influenciar a segunda corrente de pensamento que fundamenta a noção de Itinerários Terapêuticos.

A segunda vertente, por sua vez, procurou investigar de que maneira os valores culturais e características socioeconômicas influenciam nas respostas aos problemas de saúde (ALVES; SOUZA, 1999). A ênfase foi nas proposições de Arthur Kleinman, com a inclusão das dimensões culturais, cognitivas e sociais, e também, das redes sociais, como influentes no comportamento das pessoas frente a seus problemas de saúde e na tomada de decisão, inclusive no que diz respeito à utilização de serviços terapêuticos disponíveis (VASCONCELOS, 2014; CABRAL et al., 2011; ALVES; SOUZA, 1999; UCHÔA; VIDAL, 1994).

Em 1978 e 1980, esse médico psiquiatra e antropólogo desenvolveu os conceitos de *health care system*, traduzido como ‘sistema de cuidados com a saúde’, e de *explanatory models*, traduzido como ‘Modelos Explicativos’, com o intuito de ampliar o olhar sobre o comportamento das pessoas que buscam os serviços de saúde para lidar com suas aflições. Ao conceituar ‘sistema de cuidados com a saúde’, para ele, a maioria dos sistemas de saúde é composta por três arenas sociais que caracterizam práticas de cuidado de diversas naturezas e dentro das quais a doença pode ser vivenciada. São elas: popular, profissional e folk (KLEINMAN, 1978).

A arena popular compreende principalmente o contexto leigo e familiar de doença e cuidados, mas inclui também as redes sociais e as atividades comunitárias. São os cuidados caseiros, as práticas de autocuidado, automedicação, conselhos de amigos e vizinhos, receitas caseiras, cuidados com a alimentação e outros atos não especializados. De acordo com ele, cerca

de 70% a 90% das doenças são tratadas exclusivamente neste subsistema. A arena profissional consiste na medicina científica, ocidental ou cosmopolita e pelas medicinas dos povos tradicionais profissionalizadas, como a chinesa, ayurvédica, yunani e quiropraxia. Essas práticas contêm e ajudam a construir formas distintas de realidade social. Isto é, elas organizam subsistemas específicos de crenças, expectativas, papéis, relacionamentos, configurações de transação socialmente legitimadas e assim por diante. O subsistema *folk* é composto por especialistas não profissionais de cura, por vezes classificados pelos etnógrafos em grupos sagrados e seculares, como curandeiros, rezadeiras, benzedeadas, espiritualistas, entre outras práticas místicas e religiosas de cuidado (MÜHL, 2019; VASCONCELOS, 2014; CABRAL et al., 2011; ALVES, SOUZA, 1999; KLEINMAN, 1978).

Cada uma dessas arenas veicula normas de condutas terapêuticas específicas e legitimam diferentes alternativas de cuidado (UCHÔA; VIDAL, 1994) e serão escolhidas de acordo com essas crenças e os componentes também analisados por Kleinman (1978): a causa da doença, a experiência dos seus sintomas, os padrões específicos de comportamento da doença, as decisões sobre as alternativas de tratamento, as práticas terapêuticas atuais e a avaliação dos resultados terapêuticos. Esses aspectos é que vão conduzir a escolha terapêutica, e pode levar a troca de uma arena pela outra, ou mesmo o uso de distintas práticas de cuidados simultaneamente (ALVES; SOUZA, 1999). Desse modo, a procura por diferentes sistemas de cuidado será orientada por uma matriz cultural e social, que ultrapassa a lógica da exclusividade das racionalidades médicas (GERHARDT et al., 2016).

Ademais, o autor estabelece uma relação importante entre o contexto cultural e a ação individual de cada pessoa na construção de seu processo de cura. Inspirando-se em Geertz (1973), ele afirma que a cultura fornece modelos “de” e “para” os comportamentos humanos relativos aos processos de saúde e doença, e assim como outros sistemas culturais, precisa ser compreendido em termos das suas atividades instrumentais e simbólicas. As crenças e comportamentos que constituem essas atividades são influenciados por instituições sociais específicas, papéis sociais, relações interpessoais, ambientes de interação, restrições econômicas e políticas, dentre outros fatores, incluindo, mais notavelmente, intervenções de tratamento disponíveis e tipos de problemas de saúde. O sistema de saúde é organizado como uma porção especial do mundo social através da interação destas variáveis, e isso significa que as crenças e valores culturais de uma sociedade influenciam na maneira como as pessoas entendem e lidam com suas doenças e tratamentos (KLEINMAN, 1978; 1980). E, os “modelos explicativos” que Kleinman conceitua, são tentativas de compreender saúde, doença e cura

como um sistema cultural de uma sociedade, sendo que diferentes sociedades podem apresentar distintas maneiras de interpretar os processos de saúde-doença (PINHO, PEREIRA, 2012; KLEINMAN, 1978).

Esses modelos “são as concepções sobre a enfermidade e as formas de tratamento empregadas por todos aqueles engajados em um processo clínico e que vão definir qual setor do Sistema de Atenção à Saúde será acionado no processo de cuidado” (CABRAL et al., 2011, p. 4435). Em cada setor, os modelos explicativos podem ser obtidos por profissionais, pacientes e familiares para situações específicas de adoecimento (KLEINMAN, 1978). Somado a isso, a idealização dos modelos explicativos ilumina como os problemas na comunicação clínica frequentemente representam conflitos na forma como a realidade clínica é concebida nas arenas popular, folk e profissional dos sistemas de saúde; e, portanto, aponta para a implicação sistemática destes problemas dentro desse sistema cultural. Uma ilustração deste processo são os conflitos geralmente tácitos, mas muitas vezes significativos, entre médicos, que interpretam a doença como *disease* e leigos (cultura popular), que interpretam a doença como *illness* (KLEINMAN, 1978), conforme já distingui nos parágrafos que se antecedem. Caliandra Pinheiro, em sua dissertação, traz a seguinte perspectiva:

Cada domínio possui seus próprios sistemas explicativos, papéis sociais, configurações de interação e instituições. Para cada doença, domínios diferentes produzem modelos explicativos que são usados para determinar o que está errado com o paciente e o que deve ser feito. Desta forma, as interações entre médico e paciente são combinações entre modelos explicativos, operações envolvendo muitas vezes grandes discrepâncias no conteúdo cognitivo, bem como valores terapêuticos, expectativas e metas (2017, p. 60).

Enfim, estas arenas propostas por Kleinman ajudam a construir formas distintas de realidade social, pois organizam subsistemas específicos de crenças, expectativas, papéis, relacionamentos, configurações de transação socialmente legitimadas e assim por diante (KLEINMAN, 1978). Essa noção de Kleinman se aproxima daquela proposta por Mauss em 1925, que afirma que a doença vai além de um evento biológico e que o adoecimento é um fato social repleto de múltiplas dimensões (MAUSS, 2003)³.

No Brasil, o filósofo Paulo César Alves inaugura as publicações sobre o conceito de experiência da enfermidade e faz uma síntese da produção socioantropológica, tornando-se relevante para a difusão do tema no país (CORÔA, 2021; ALVES, 1993). O autor também resgatou o que Freidson (1988) chamava de *career of illness* — o momento em que, ao ser

³ Esta obra de Marcel Mauss foi publicada originalmente em L'Année Sociologique, 2ª série, v. 1, número de 1923-1924 (publicado em 1925).

socialmente definido como enfermo, o indivíduo desencadeia uma série de ações destinadas a uma solução terapêutica, — e traduziu livremente como “itinerário terapêutico”.

Para Alves (1993), o estudo sobre os itinerários terapêuticos passa necessariamente pela compreensão da experiência do adoecimento e de como ela guia as pessoas por diferentes caminhos de cuidado. O autor considera “experiência da enfermidade” como uma categoria analítica que

se refere aos meios pelos quais os indivíduos e grupos sociais respondem a um dado episódio de doença. Para analisar este conceito, a literatura especializada parte da premissa de que as pessoas (re)produzem conhecimentos médicos existentes no universo sociocultural em que se inserem (p. 263).

Em estudo posterior, Alves e Souza (1999) tecem considerações sobre o itinerário terapêutico a partir de uma discussão sobre os estudos tradicionais e seu próprio conceito, de um ponto de vista teórico e da literatura socioantropológica, propondo novos caminhos para a investigação. Para os autores, “é necessário que os estudos sobre itinerário terapêutico possam 'descer' ao nível dos procedimentos usados pelos atores na interpretação de suas experiências e delineamento de suas ações sem, contudo, perder o domínio dos macroprocessos socioculturais” (p. 132). Introduziram, ainda, que a ideia de IT trata-se de uma ação humana que se constitui pela junção de eventos sucessivos que formam uma unidade, uma trama de articulações diversas.

Alves e Souza (1999) apontam para dois aspectos que devem ser observados acerca dos Itinerários Terapêuticos. Em primeira instância, consideram que

(...) o itinerário terapêutico é o resultado de um determinado curso de ações, uma ação realizada ou o estado de coisas provocado por ela. Estabelecido por atos distintos que se sucedem e se sobrepõem, o itinerário terapêutico é um nome que designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição. No curso dessas ações, evidentemente, fazem-se presentes interesses, emoções e atitudes circunstanciais (p. 133).

Ou seja, ao interpretarmos um processo de escolha terapêutica, precisamos compreender que o sujeito desse processo é alguém que compartilha um histórico de crenças e receitas que foram adquiridas, modificadas e descartadas pelas suas experiências, trajetórias e projetos individuais formulados e elaborados dentro de um campo sócio-histórico-cultural mais amplo (ALVES e SOUZA, 1999). Destacam ainda que, reconhecer a existência dessas estruturas sociais não significa que elas determinam as ações humanas, pois uma coisa é o significado de um fenômeno sociocultural já definido por um padrão reconhecido; outra coisa é a maneira particular como o indivíduo define sua situação dentro desse contexto.

O segundo ponto, é a afirmação de que

(...) o itinerário terapêutico não é necessariamente produto de um plano esquematizado, pré-determinado. Só é possível falar de uma unidade articulada quando o ator, ao olhar para as suas experiências passadas, tenta interpretá-las de acordo com as suas circunstâncias atuais, com o seu conhecimento presente (p. 133-134).

Ou seja, só podemos falar em itinerários terapêuticos ao fazer uma análise em retrospecto das ações realizadas e dos trajetos percorridos. Pode-se dizer que a interpretação deste processo é sempre uma tentativa de se remontar ao passado, de atribuir sentido ao itinerário constituído, compreendendo-o tanto pelas ações propriamente ditas, quanto pelo discurso sobre essas ações. E essas ações estão relacionadas com tudo aquilo que o indivíduo antecipa a respeito do que vai ser ou como deve ser determinado tratamento, baseando a tomada de decisão em imagens, e expectativas, de que este seja o mais adequado para sua condição (ALVES e SOUZA; 1999). Ainda sublinham que “Somente no curso da ação – e, portanto, após realizado o ato de escolha –, é que o indivíduo começa a interpretar a sua situação, suas ações e o estado de coisas resultante” (p. 134).

Cabral e colaboradores (2011) mapearam o estado da arte da produção científica nacional, de 1989 a 2008, acerca dos itinerários terapêuticos no cuidado à saúde, descrevendo e analisando as abordagens realizadas. Os autores identificaram três principais linhas de estudos sobre os itinerários terapêuticos: a primeira diz respeito ao comportamento e percepção do paciente ou família sobre a doença ou o tratamento, sem aprofundar questões sobre contextos socioeconômicos ou organização de serviços de saúde e com objetivo de conhecer os dispositivos de cuidados acionados e sugerir um olhar ampliado pelos profissionais de saúde. A segunda concentra-se em avaliar a efetividade da rede de serviços, abordando a sua organização e identificando barreiras e lacunas no acesso. A terceira e última incorpora as duas perspectivas anteriores, considerando as ações do paciente dentro de um contexto sociocultural onde os processos de saúde/doença se dão na forma como as pessoas buscam os serviços de saúde e/ou rede de cuidados informais.

A respeito da primeira linha, ainda nesse estudo produzido por Cabral et al. (2011), uma minoria de artigos considerou o contexto das redes sociais e as práticas informais de cuidado, além dos serviços do sistema formal de saúde. Revisão posterior, elaborada por Pinho e Pereira (2012), apontou para essa persistência das pesquisas em descrever os itinerários terapêuticos apenas considerando os serviços de saúde formais, em especial aqueles da arena profissional proposta por Kleinman (1978).

Por outro lado, Demétrio, Santana e Santos (2019), em revisão sistemática e metassíntese mais recente, analisou a produção científica nacional que aborda os itinerários terapêuticos de 2008 a 2019, propondo uma continuidade temporal e complementar à revisão realizada por Cabral et al. (2011), cujo período de publicação dos artigos foi de 1989 a 2008. Os autores observaram que as discussões sobre IT se dividem em dois grupos: 1) estudos que integram uma perspectiva individual, com destaque para as escolhas dos sujeitos; 2) estudos em que o contexto sociocultural é o que mais determina as escolhas possíveis para o sujeito. Contudo, a partir dessa metassíntese, os autores perceberam que as pesquisas têm considerado, cada vez mais, os significados e signos coletivos e individuais envolvidos dos cuidados médicos/terapêuticos, abrangendo assim diversas dimensões do cuidado. Bellato, Araújo e Castro (2008) já vinham apontando algo nessa perspectiva cerca de dez anos antes, afirmando que estudos mais recentes passariam a difundir novas concepções que relativizariam esse determinismo na maneira como os ITs se configuram em torno dos sujeitos e da cultura, sendo possível visualizar uma gradativa interface entre esses dois eixos (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

Quanto à segunda linha de estudos, observa-se as possibilidades de usos dos ITs como uma tecnologia avaliativa em saúde que, pela sua característica intrínseca de proporcionar destaque para a pluralidade de saberes, práticas e demandas por cuidado, têm subsidiado a reafirmação do direito à saúde e dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial a Integralidade do cuidado, “cuja centralidade do usuário tornou-se imperativo ético-político-formativo de sua construção” (PINHEIRO et al., 2016, p. 14-15). Assumiremos integralidade aqui como um termo que transcende sua definição legal institucional “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). Mais que isso, integralidade é

(...) uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados (PINHEIRO, 2006, p. 65)

Domingos Sávio (2006) aponta que a integralidade lida necessariamente com inclusão, exclusão, seleção e cobertura e, nessa perspectiva, Ayres (2009) afirma que é nesse princípio “sobre o qual repousam os maiores desafios para a efetiva consolidação do SUS e de suas elevadas missões” (p. 11). Ainda para este segundo autor, cuidado e integralidade são noções

indissociáveis que concretizam os "valores emancipatórios em tecnologias a serem operadas no cotidiano das práticas de saúde" (p. 12) e "nos desafia a saber e fazer o 'quê' e 'como' pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um" (p. 14). Pinheiro (2011) acrescenta que a integralidade do cuidado estaria relacionada à escolha de meios e formas de os sujeitos cuidarem e serem cuidados.

A abordagem dos itinerários terapêuticos, considerada "amistosa à integralidade", possibilita compreender os processos envolvidos nessa busca por cuidado e identificar as dificuldades e limites em torno dos processos de trabalho em saúde e, portanto, ser utilizados enquanto ferramenta de análise das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e da integralidade das ações (GERHARDT; RUIZ, 2015). As autoras reforçam que é imprescindível que essa atuação ultrapasse os serviços de saúde e alcance outras redes de relações sociais, a partir da compreensão de que as práticas em saúde são culturalmente construídas. Nessa perspectiva, elas sublinham que

O IT constitui, assim, um dispositivo revelador da cultura do cuidado e do cuidado na e da cultura, na medida em que retrata a multiplicidade da constituição, qualidade das relações sociais e potenciais cuidadosos, bem como tensiona as práticas/noções construídas no campo da saúde sobre experiências de adoecimento, redes de apoio, acesso, adesão e escolhas terapêuticas (p. 256).

Desse modo, compreende-se o potencial analítico dos itinerários terapêuticos à medida em que eles podem evidenciar os tensionamentos resultantes das experiências no processo saúde-doença-cuidado, vivenciadas pelos usuários e familiares, e nos modos como os serviços de saúde lhe proporcionam respostas mais ou menos resolutivas (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008). As autoras chamam atenção para a

a importância de estudos que contemplem, em seu desenho, a escuta e análise atenta da experiência de adoecimento por quem a vive. Nesse viver, a busca por cuidados, para um ou mais de seus membros, pode ser mostrada apontando as condições em que esta experiência acontece e as possibilidades de resolutividade das práticas profissionais aí desenvolvidas (p. 171).

Ainda a respeito da avaliação da resolutividade pelos ITs, elas também acrescentam que

Trazer a "peregrinação" de usuários em busca por resolver necessidades em saúde pode pôr em evidência as implicações dos sistemas de saúde em seus itinerários, aquilo que esses sistemas possibilitam de resolutividade, ou seja, o que dão conta e tudo aquilo que "escapa" aos mesmos, bem como os efeitos que produzem sobre a experiência de usuários e famílias (p. 173).

Assim, podemos compreender os itinerários terapêuticos como uma ferramenta de avaliação dos serviços de saúde, do acesso e das práticas de cuidado ofertadas que podem fazer diferença no processo de construção compartilhada das políticas de saúde, tendo como premissa

a centralidade e visão dos usuários em primeira pessoa, e, assim, possibilitar análises diferenciadas de situação e formulação de ações mais efetivas no sentido das necessidades de saúde da população (SILVA JÚNIOR et al., 2016), e fornecer subsídios para repensar e qualificar a organização e funcionamento das redes de atenção em saúde, e também compreender o funcionamento de sistemas informais de cuidado.

2.1.1 (Des)conexões entre Itinerário Terapêutico, Trajetória Assistencial e Linha de Cuidado

Aproveito o ensejo para diferenciar brevemente o conceito de itinerário terapêutico de outras duas perspectivas conceituais comumente discutidas nas produções científicas e práticas avaliativas relacionadas à busca por cuidados no SUS: Trajetória Assistencial e Linha de Cuidado. O IT centra-se no ponto de vista do sujeito e envolve múltiplas formas de cuidado adotadas junto às redes de apoio, que extrapolam os serviços de saúde. A **trajetória assistencial**, também foca na perspectiva do sujeito, no entanto diz respeito ao percurso das pessoas no interior do sistema formal e das redes de atenção à saúde (CABRAL et al., 2011). Ou seja, abrange eminentemente as terapêuticas tradicionais e biomédicas, envolvendo as instituições de saúde, o diagnóstico e tratamento de doenças, a relação paciente profissional e suas prescrições, procedimentos e encaminhamentos. No entanto, Cabral e colaboradores ressaltam que a trajetória assistencial vem sendo compreendida pelos caminhos trilhados pelas pessoas para além desses fluxos de cuidado predeterminados. Isso é reiterado por Medeiros, Gerhardt e Silva Junior (2016), ao afirmarem que as trajetórias assistenciais também abrangem os momentos em que os usuários realizam suas escolhas e tomam decisões a respeito da busca de cuidado nesses dispositivos.

Então, podemos dizer que a trajetória assistencial pode ser parte integrante de um itinerário terapêutico, como afirmam Pinheiro e Silva Júnior (2008). Assim, reforçam que os estudos que tratam dessa abordagem tendem a revelar os encontros e desencontros entre as ações planejadas e executadas nos serviços de saúde e as demandas expressas pelos usuários, além de expor o cotidiano destes e a teia de significações produzidas na interação com os gestores e profissionais dos serviços de saúde.

Outro conceito que me proponho a discutir aqui e apontar possíveis (des)conexões com os ITs é o de **Linhas de Cuidado**. Não pretendo esgotar a compreensão desse “constructo teórico-organizativo do processo de trabalho em saúde” (PINHEIRO et al., 2016, p. 17), entretanto é cabível dizer que este foi formulado por Luiz Cecílio e constitui “um modo de produção de ações de saúde que atravessa inúmeros serviços de saúde, cada qual operando distintas tecnologias. O autor reitera essa afirmação quando destaca que as linhas de cuidado só funcionam em rede no sistema de saúde” (p 17).

O itinerário terapêutico difere relativamente da linha de cuidado, pois esta se preocupa com a perspectiva e ação dos profissionais e gestores da saúde, além de corresponder ao planejamento da utilização e oferta das ações de cuidado aos usuários, pelos próprios serviços de saúde (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016). Segundo Madeira e Duarte (2006),

(...) as linhas de cuidado não podem ser delimitadas apenas pelo plano terapêutico, mas devem atender aos anseios, necessidades psicossociais e terapêuticas do usuário. Para tal, devem ser utilizadas todas as tecnologias disponíveis, incluindo aquelas relativas à micropolítica do trabalho em saúde, as relações que se estabelecem entre os profissionais e entre estes e os usuários. Possibilita-se, assim, a criação de espaços para encontros, escutas e trocas, favorecendo a responsabilização e a criação de vínculos entre os sujeitos (p. 68).

Quanto à conexão entre ambos, temos que a linha de cuidado também pode ser parte integrante de um itinerário terapêutico e, este segundo pode contribuir com o planejamento e para o desenvolvimento da primeira. Entretanto, Silva, Sancho e Figueiredo (2016) desvelam que essa correlação não ocorrerá de forma instantânea, por meios técnicos e instrumentais, mas ao passo que os princípios ético-políticos forem ativamente incorporados, viabilizando encontros entre todos os indivíduos: usuários dos serviços, profissionais de saúde e gestores.

Para que as linhas do cuidado **não se reduzam a meros fluxos assistenciais e técnicos**, fundados em protocolos clínicos, e para que **os itinerários não sejam meros termômetros** para guiar previamente as linhas do cuidado na atenção a patologias, o conhecimento sobre itinerários terapêuticos pressupõe a **sensibilidade para captar essa relação**, intimamente relacionada a concepções sobre saúde, doença e o bem viver. Se essa sensibilidade também permear as práticas de saúde e a construção dos projetos terapêuticos, pode-se, então, falar em possibilidades de articulação entre conhecimento sobre itinerários terapêuticos e construção de Linhas do Cuidado Integral em Saúde (p. 849, grifos próprios).

Os autores citam dois aspectos, os quais também acredito que se relacionam entre si: a sensibilidade e a construção de projetos terapêuticos. O segundo será melhor discutido mais à frente, mas aproveito para encerrar esse tópico apontando caminhos que imbricam ambos com os ITs. Quando pensamos em itinerário, visualizamos um conjunto de percursos, caminhos, planos, estratégias e projetos que os indivíduos elaboram com o objetivo de enfrentar algum

problema. Esse problema, muitas vezes, lhes causa sofrimento, ou, pode ser o sofrimento propriamente dito. E, somado a isso, essa itinerância e perambulação em busca de cuidado, a depender de como ocorra, ao longo do seu percurso, também pode produzir aflições e angústias. Temos então, um encadeamento de ações, situações e, também, acasos, que podem constituir um itinerário marcado por sofrimentos de diversas ordens. Proponho, a partir de agora, falar um pouco mais sobre o que chamei de “sofrimento propriamente dito” logo acima, ou seja, o sofrimento psíquico enquanto “problema inicial” e que faz com que os sujeitos iniciem uma busca por cuidado e, concomitantemente, aproximar a noção de IT do campo da saúde mental.

2.2 Itinerância e loucura: a busca por cuidado em contextos de sofrimento psíquico

Conforme apresentamos no primeiro capítulo, após a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica em 2001, dois modelos de atenção passaram a existir: modelo manicomial e asilar, e o da Atenção Psicossocial, que tem como premissa principal o cuidado em liberdade e no território. Antes disso, portanto, se formos pensar nas trajetórias possíveis, que aqui, não as considero ‘de cuidado’, mas sim de ‘controle, assujeitamento e exclusão’, provavelmente teríamos uma trama permeada por prisões, casas de correções ou asilos e, algumas décadas depois, por longas institucionalizações nas antigas casas de misericórdia, hospitais filantrópicos e hospícios (ENGEL, 2001). Como afirma Saraceno (2011), essas instituições são excludentes na sua essência e não produzem cidadania. Na sua percepção, a cidadania é um direito em si e precisa anteceder ao tratamento e as práticas de violência e abandono deveriam ser reconfiguradas por ações articuladas, comunitárias e integrais. Portanto, como aponta Silva, “era preciso reinventar um modo de cuidar que aproximasse as pessoas internadas com a sociedade” (2017, p. 26),

Nos dias atuais, mesmo após a Reforma Psiquiátrica, ainda vemos uma lógica manicomial presente, expressa nas legislações, nas práticas dos profissionais de saúde, na expansão das internações psiquiátricas nas comunidades terapêuticas e na transformação dos leitos de saúde mental em hospital geral em novas enfermarias psiquiátricas (PASSOS et al., 2021) e até mesmo nos serviços da RAPS (YASUI et al., 2018). Guimarães e Rosa (2019) chamam esse processo de “manicomialização da saúde mental”.

Com isso, os percursos em busca de cuidado das pessoas que vivenciam questões de ordem psíquica, sofrimentos e transtornos mentais, pode, ainda, envolver institucionalizações e práticas de cuidado um tanto quanto controversas, se considerarmos como pressupostos teóricos e práticos os princípios da RP e da Luta Antimanicomial. De acordo com Vasconcelos (2014), o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira tem vivenciado a fragilidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com desarticulação entre os serviços e enfraquecimento do vínculo com a comunidade e com o trabalho no território. A autora acrescenta que

Reconhecendo que a integralidade do cuidado em saúde se efetiva a partir das interfaces entre a racionalidade biomédica e a popular, destaca-se a compreensão dos itinerários terapêuticos como uma opção estratégica para a concretização das práticas em saúde mais próximas às noções de cuidado. Pois, refazer o percurso de busca de cuidados terapêuticos [...] permite um olhar compreensivo para as necessidades em saúde das pessoas e o acesso aos serviços disponíveis, possibilitando, desse modo, uma qualidade nos serviços de atenção psicossocial. O movimento de idas e vindas, de espera, de acesso e negação de acesso, além das relações estabelecidas entre indivíduos e a comunidade, devem servir como eixo de análise da lógica que se estabelece no cuidado em saúde.

Nesse contexto, Souza e colaboradores (2021) sublinham que as pesquisas avaliativas no âmbito da saúde mental contribuem com a qualificação da RAPS e a manutenção das conquistas alcançadas (SOUZA et al., 2021). Retomo aqui, portanto, a compreensão dos ITs e sua potência enquanto ferramenta teórica-metodológica nas práticas avaliativas, por considerarem os usuários do SUS e suas famílias como protagonistas, e a perspectiva deles nessa busca pelo cuidado, bem como os efeitos desses trajetos nas suas vidas (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

Campos (1991) ao falar de rede, quando ainda não tínhamos a RAPS instituída, apostava na construção de uma que fosse permeada por práticas de cuidado que deslocassem o foco na ‘doença mental’ para a produção da saúde e defesa da vida. Correia, Lima e Alves (2007) afirmam que nos dias atuais, a Política Nacional de Saúde Mental tem como princípios a integralidade do cuidado e a territorialidade. Esses dois conceitos são caros para a saúde mental e estão intimamente conectados com os itinerários terapêuticos e a busca por cuidado, que já posso adiantar, se dá no território. Com isso, reflito a respeito de uma das proposituras dessa pesquisa: abordar o enlace entre a busca por cuidado **no território**, de modo que a integralidade do cuidado se faça presente. A integralidade já foi abordada no capítulo anterior, então proponho apresentar as noções sobre território no campo da saúde mental e suas relações com os itinerários terapêuticos.

De acordo com Souza (2000), território é “um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder” (p. 78) e o exercício do poder está sempre ligado a determinados espaços físicos ou geográficos que podem variar em escala e natureza, indo desde o nível nacional até formas mais clandestinas de controle territorial.

Em levantamento sistemático de artigos científicos e documentos oficiais, Furtado e colaboradores (2016) revelam que o termo ‘território’ se tornou bastante relevante no campo da Saúde Mental desde a RP e os ideais em torno dos serviços comunitários. Os autores encontraram quatro acepções mais comuns de território nos estudos da saúde mental. A primeira e mais frequente, é a noção de território como “área de cobertura e ação de serviços extra-hospitalares”. Na segunda, o território seria

um conjunto de **recursos terapêuticos** [...] resultante de interações potenciais a serem exploradas e articuladas pelos profissionais dos serviços de saúde em instâncias que não pertencem a estes serviços diretamente (**espaços públicos, vizinhanças, associações** etc.) (p. 7).

O terceiro sentido é o de território existencial, “constituído a partir da história pessoal de cada indivíduo. Ele denota o espaço de construções simbólicas e de pertencimento, articulando sentidos etológicos, subjetivos, sociológicos e geográficos” (FURTADO et al., 2016, p. 7). Cabe dizer que Deleuze e Guattari (2011) também discutiram o conceito de "território" em seu trabalho, especialmente em "Mil Platôs", expandindo-o para incluir não apenas o espaço físico, mas também os aspectos psicológicos, sociais e políticos. Eles exploraram a ideia de como os indivíduos e grupos constroem e reivindicam territórios, tanto físicos quanto conceituais, e como esses territórios podem ser contestados, redefinidos e transformados.

A quarta e última é a noção de território como “sistema de objetos e ações, derivado sobretudo das teorias de Milton Santos” (FURTADO et al., 2016, p. 7), geógrafo brasileiro que desenvolveu uma teoria crítica sobre o espaço geográfico e sua relação com a sociedade, inaugurando a abordagem do espaço como processo e construção social (FURTADO et al., 2016; SOUZA; 2000). Para ele, “o território tem a acepção de interface entre o político e o cultural, entre fronteiras que vão daquelas existentes entre países até aquelas entre indivíduos, nos seus limites corporais” (FURTADO et al., 2016, p. 7-8). Ou seja, o espaço não é apenas uma dimensão física, mas também social, cultural e política.

Permito-me aqui refletir a partir da leitura que faço e à medida que escrevo: essas acepções sobre o território se imbricam, se sobrepõem e, posso dizer, servem de palco para os itinerários

terapêuticos? Ou, em outras palavras, como ponto de partida e local onde as escolhas terapêuticas se dão?

De acordo com Yasui, Luzio e Amarante, operar na lógica do território, como preconizam as portarias da Atenção Psicossocial e da Atenção Primária, implica pensá-lo como cenário de encontros e narrativas, lugar de resistências, de apostas, de “produção de ações e provocações dos atos de cuidado articulados em rede” (2018, p. 186). Para esses autores

Só podemos pensar em estratégias de cuidado que se fazem nos encontros nesta diversidade e multiplicidade. Não há como pensar a construção do cuidado em saúde mental, sem pensar no tempo e no lugar em que este cuidado se constitui, tecido como estratégia em rede. Ou seja, o cuidado se faz em rede e em um lugar (p. 177).

Os autores também reforçam que uma potente rede de saúde no território pode propiciar a produção de outros modos de fazer a vida caminhar, aumentar a contratualidade social e a autonomia, bem como possibilitar o reposicionamento subjetivo, diante de si e do mundo.

Em certo sentido, o que se modula no território pode ter efeitos de produção de subjetividades heterônomas, ajustadas, adaptadas, mas, também, podem ter efeitos de produção de resistências. Nas quebradas das vilas, das comunidades dos morros e das periferias, modos de desterritorialização e reterritorialização se fazem presentes em manifestações e **expressões culturais** que expressam a vida cotidiana em letras, músicas e danças; na construção de laços de solidariedade que teimam em sobreviver mesmo em ambientes tensos e violentos. **Produzir saúde** é, em certo sentido, sustentar a construção ou talvez a invenção de territórios existenciais, que se **conectem e se articulem para se abrir a esses outros modos de fazer andar a vida** (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018, p. 183).

Merhy (2005) também nos recorda que a produção de saúde se realiza por meio do “trabalho vivo em ato”, ou seja, “o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado”, e que tem como foco o ato de cuidar do outro (p. 3).

Como já apontamos no capítulo anterior sobre os itinerários terapêuticos, a produção de saúde também não se limita aos serviços de saúde e à rede formal de cuidados, mas também ao meio sociocultural, nos territórios afetivos e existenciais, na tessitura de uma rede de ações de cuidado, de pessoas, de grupalidades, que se encontram, que trocam práticas e saberes, e que apostam na saúde como produção da vida.

Assim, trata-se aqui de pensar a relação entre produção de cuidado, rede, território e itinerários terapêuticos como construção de ações e percursos nesse espaço que compõe a vida cotidiana das pessoas, espaço relacional no qual a vida pulsa. Isto sem esquecer o território como espaço no qual se produzem modos de ser, de se relacionar, de amar, de consumir (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018), e de compor trajetórias na tentativa de solucionar seus problemas de saúde, de dar contorno à sua loucura e/ou apaziguar o sofrimento.

3 PERCURSOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura que, de acordo com Broome (1993), é aquela em que o passado da literatura empírica e/ou teórica é resumido para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno particular. Nesta revisão, o foco é levantar e mapear a produção bibliográfica sobre os itinerários terapêuticos no contexto da saúde mental brasileira.

Maria Broome (1993) aponta que analisar a literatura é uma das primeiras habilidades necessárias no desenvolvimento de pesquisas acadêmicas. Souza, Silva e Carvalho (2010) acrescentam que as pesquisas bibliográficas e revisões da literatura constituem uma das melhores maneiras de iniciar um estudo e tem como objetivo determinar o conhecimento atual sobre uma temática específica. Para Broome (1993), qualquer pessoa que inicie um estudo sobre determinado conceito precisa usar métodos sistemáticos, minuciosos e eficientes para pesquisar e analisar a literatura, a fim de minimizar o esforço e maximizar o conhecimento adquirido. Rother (2007) acrescenta a importância da fundamentação teórica do objeto de estudo a partir do que já se tem elaborado cientificamente por outros autores sobre esse mesmo tema. Esse processo proporciona o surgimento de novas teorias, o reconhecimento de lacunas e o desenvolvimento de pesquisas sobre um determinado assunto (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). Segundo Broome:

A construção de conceitos requer um conhecimento prático do trabalho anterior que foi feito na área, quais limitações na conceituação e métodos influenciaram o desenvolvimento do conceito, bem como quais perguntas permanecem sem resposta. Tal revisão pode ajudar o indivíduo a entender como outros definiram o conceito, desenvolver uma definição pessoal do conceito e entender como os outros mediram o fenômeno relacionado (1993, p. 231-232).

Existem distintas maneiras de se realizar uma revisão da literatura, diferenciadas pelas técnicas e mecanismos empreendidos na busca pelas informações, cada uma com propósitos distintos, como afirma Broome (1993) e Botelho, Cunha e Macedo (2011).

De acordo com Broome (1993), os tipos de revisão da literatura variam de acordo com o propósito, escopo, profundidade, amplitude e organização dos materiais. Elas podem compartilhar alguns pontos em comum, mas têm objetivos distintos. Segundo ele, diferenciam-se entre: 1) Sinopses abreviadas da literatura encontrada na maioria dos artigos de pesquisa

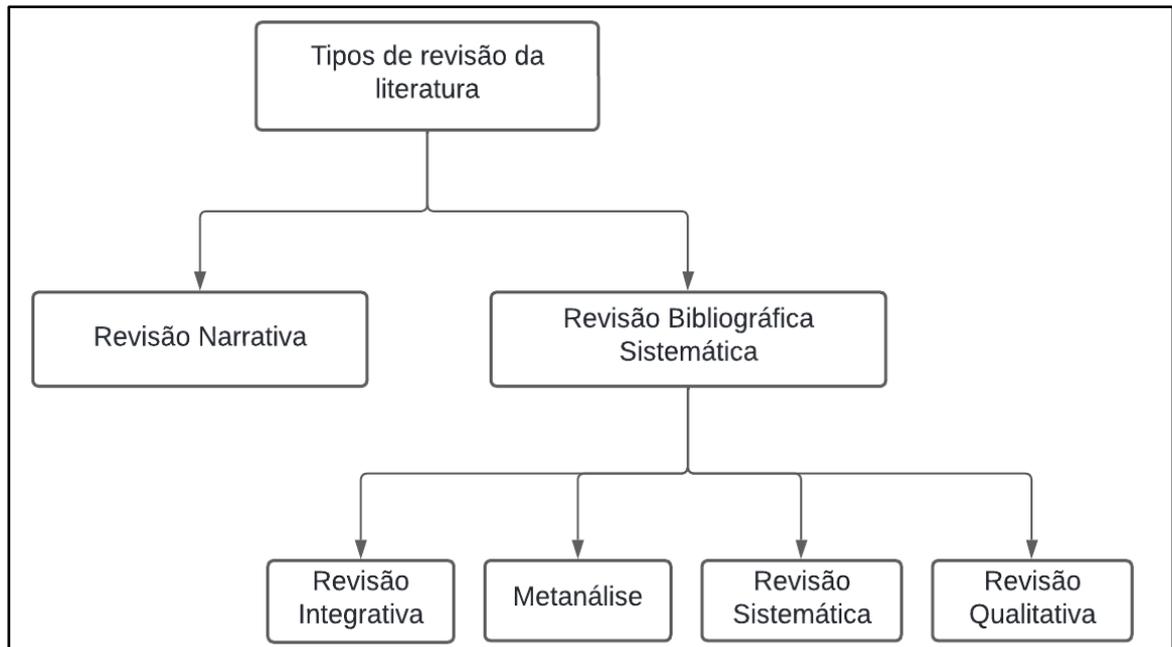
baseados em dados; 2) Revisões Metodológicas ou Teóricas; 3) Análises Críticas; 4) Revisões Integrativas; 5) Meta-análises.

Para Rother (2007), podemos encontrar duas categorias de revisão da literatura: as revisões narrativas e as revisões sistemáticas. As revisões narrativas, para esta autora, são

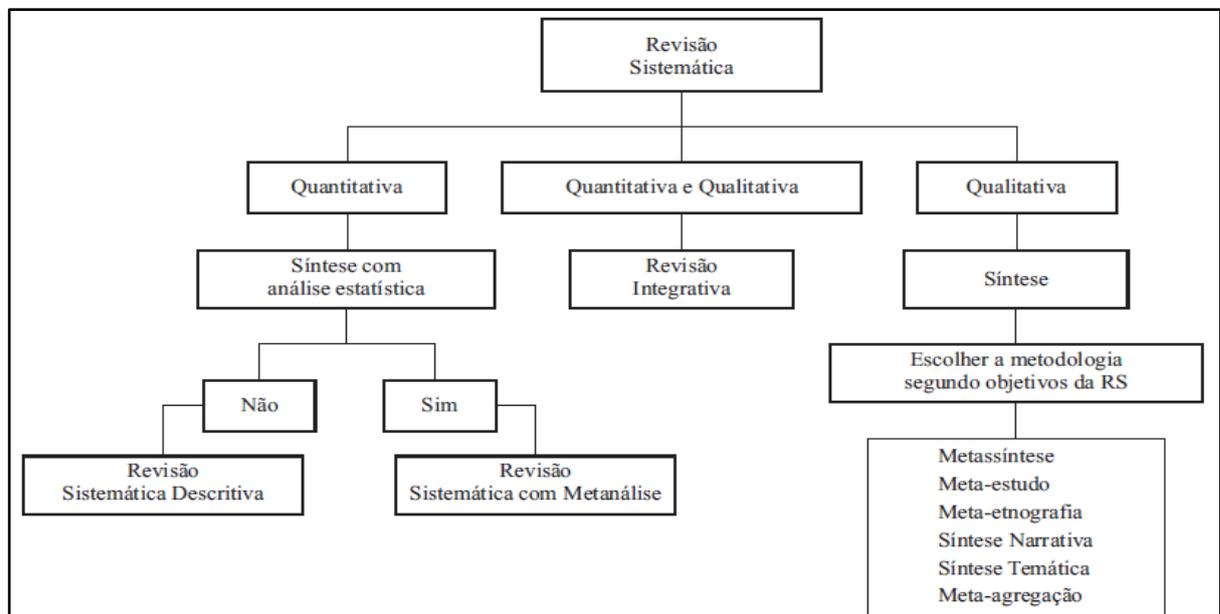
publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual (...) não informam as fontes de informação utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos. Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor (p. v).

A autora ressalta que as revisões narrativas têm papel fundamental para a Educação Continuada, pois permitem aos leitores adquirirem e atualizarem-se sobre diversos temas e conhecimentos em um curto espaço de tempo; entretanto, não possuem metodologia que permitam a reprodução dos dados e nem fornecem respostas quantitativas para questões específicas. Por outro lado, para essa mesma autora, os artigos de Revisão Sistemática são considerados trabalhos originais, pois além de utilizar dados da literatura publicada como fonte, possuem rigor metodológico.

Botelho, Cunha e Macedo (2011) propuseram um fluxograma com os tipos de revisão baseado na proposta de Rother (2007), e incluíram o que consideram como tipos de Revisão Sistemática, conforme **Figura 1**. De-la-Torre-Ugarte-Guanilo, Takahashi e Bertolozzi (2010) também elaboraram um fluxo que apresenta as possibilidades metodológicas dentro da Revisão Sistemática, dentre elas, a Revisão Integrativa, conforme **Figura 2**.

Figura 1 - Tipos de Revisão da Literatura

Fonte: Elaborado pela autora com base em Rother (2007) e Botelho, Cunha e Macedo (2011).

Figura 2 - Possibilidades metodológicas da revisão sistemática

Fonte: De-La-Torre-Ugarte-Guanilo, Takahashi e Bertolozzi (2011, p. 1265)

Dentre as possibilidades citadas pelas autoras, irei me debruçar sobre a Revisão Integrativa, método de escolha para a realização desta pesquisa.

De acordo com Gomes e Caminha (2014), a Revisão Integrativa apresenta-se como

uma possibilidade de flexibilização” (...) “é mais ampla por se tratar de uma junção de métodos. Ela permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais e combina um vasto leque de propósitos com perspectivas teóricas, gerando a possibilidade de olhar um mesmo fenômeno de diferentes perspectivas” (p. 401).

A Revisão Integrativa da Literatura é a mais ampla estratégia metodológica de análise de pesquisas que identifica, seleciona, avalia e sintetiza estudos diversos sobre determinado assunto, a fim de compreender melhor um fenômeno preocupante através da síntese do estado do conhecimento sobre este, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos assuntos (POLIT; BECK, 2006; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). O termo “integrativa” tem origem na integração de opiniões, conceitos ou ideias provenientes das pesquisas utilizadas no método (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). Ademais, a Revisão Integrativa tem o potencial de construir conhecimentos variados na saúde e produzir saberes fundamentados e mais acessíveis, inclusive contribuem para o desenvolvimento de novas teorias, pesquisas, iniciativas políticas e têm aplicabilidade direta na prática (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A Revisão Integrativa, assim como as demais Revisões Sistemáticas, requerem métodos explícitos e sistemáticos específicos para que se evite erros nas suas diversas etapas (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). A elaboração de uma Revisão Integrativa encontra-se bem definida na literatura, entretanto, diferentes autores adotam formas específicas de subdivisão do processo com pequenas diferenciações entre si. Essas propostas foram elaboradas por Cooper (1998), Ganong (1987), Beyea e Nicoll (1998) e Whitemore e Knafl (2005). Em geral, as etapas comuns definidas por esses autores são: 1) Escolha do tema e formulação da questão disparadora; 2) Pesquisa bibliográfica e definição dos critérios de elegibilidade (inclusão e exclusão); 3) Coleta, organização das informações relevantes dos estudos selecionados; 4) Análise crítica e interpretação dos estudos incluídos; 5) Discussão e apresentação dos resultados (HOPIA; LATVALA; LIMATAINEN, 2016; WHITTEMORE; KNAFL, 2005; COOPER, 1998 apud RUSSELL, 2005). De acordo com Beyea e Nicoll (1998) e Ganong (1987) a sexta e última etapa seria a publicação/apresentação da revisão integrativa. Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), para se elaborar uma revisão integrativa relevante é necessário que os passos seguidos sejam claramente descritos.

Neste estudo seguiu-se as etapas propostas por Whitemore e Knafl (2005), pela clareza didática apresentada, e serão descritas nas próximas páginas.

3.1 Etapa 1: Escolha do tema e formulação da questão disparadora

A etapa inicial de qualquer método de revisão é uma identificação clara do problema que a revisão está abordando e o seu propósito. Qualquer revisão integrativa pode abranger um número infinito de variáveis, questões ou populações e, portanto, a clareza do propósito da revisão é importante (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Desse modo, no primeiro momento, o autor determina o objetivo específico e formula os questionamentos a serem respondidos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Kirkevold (1997) defende que mais revisões integrativas devem ser realizadas a partir de uma perspectiva filosófica ou teórica explícita, focando uma revisão dentro de um amplo e diversificado quadro de amostragem, em contraste com revisões que são exclusivamente descritivas de pesquisas existentes sobre o tema.

Nessa perspectiva, a proposta desse trabalho versa em torno dos Itinerários Terapêuticos no contexto da Saúde Mental e da Atenção Psicossocial, e tem como perspectiva teórica os referenciais presentes no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que orientam os cuidados e práticas assistenciais ao longo da busca por cuidado diante de situações de sofrimento psíquico. As questões disparadoras dessa pesquisa são: O que tem sido produzido sobre Itinerários Terapêuticos e Saúde Mental no contexto brasileiro nos últimos 23 anos, desde a Lei 10.216/2001, da Reforma Psiquiátrica? Como essa interface é abordada na literatura científica publicada?

3.2 Etapa 2: Pesquisa Bibliográfica e definição dos critérios de elegibilidade

Após a definição dos objetivos e questões que conduzirão a pesquisa, o pesquisador inicia a etapa em que realizará buscas para identificar e coletar o máximo de pesquisas primárias, utilizando-se de descritores e/ou palavras-chave para montar uma estratégia de busca que possibilita obter os conteúdos que serão relevantes no processo de revisão integrativa, incluindo os critérios de inclusão e exclusão, o período temporal e as bases de dados que serão utilizadas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; TOLEDO, 2008). Estratégias de busca na literatura bem definidas são fundamentais para aumentar o rigor de qualquer tipo de revisão (CONN et

al., 2003). Como descritores, foram utilizados os DeCS/MeSH (Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings), vocabulário estruturado pela BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) para servir como uma linguagem única na indexação de pesquisas e ajudar na recuperação da literatura científica nas fontes de informação disponíveis online. Foi desenvolvido a partir do MeSH da U.S. National Library of Medicine (NLM) “proporcionando um meio consistente e único para a recuperação da informação independentemente do idioma” (BVS, 2009, s.p.).

Para sistematizar as buscas e elaborar a estratégia de busca foram utilizados os operadores booleanos AND e OR. Esses são conectores utilizados para relacionar os termos de interesse da pergunta de pesquisa (LATORRACA, 2019). Desse modo, os descritores “Itinerário Terapêutico” e “Saúde Mental” foram combinados por meio do operador booleano AND, a fim de encontrar produções que abordassem ambos os temas simultaneamente, e OR, para incluir os descritores em português, inglês e espanhol. Também foi utilizada a técnica de truncagem no descritor ‘Itinerário Terapêutico’, para recuperar variações no singular e plural.

Essa revisão teve seus mecanismos de busca desenhados com o auxílio de uma bibliotecária profissional. Foram testadas sete estratégias de busca, com diferentes combinações de descritores a fim de visualizar quais delas retornariam uma maior quantidade de publicações e com maior aproximação em relação ao objeto de interesse. Apenas uma dessas estratégias foi escolhida, por abarcar um maior número de estudos e ter relação direta com o tema de pesquisa. O mecanismo utilizado foi: *((Therapeutic Itinerary) AND (Mental Health)) OR ((Itinerário\$ Terapêutico\$) AND (Saúde Mental)) OR ((Ruta Terapéutica) AND (Salud Mental))*.

Após essas definições, os estudos foram capturados no Portal Brasileiro de Publicações e Dados Científicos em Acesso Aberto (Oasisbr), no Scientific Electronic Library Online (SciELO), na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo acessadas onze bases de dados⁴ através deste portal.

Delimitaram-se como critérios de inclusão artigos publicados em periódicos científicos, dissertações e teses, disponíveis em português, inglês ou espanhol, que fossem estudos

⁴ 1) Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); 2) Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online); 3) BDENF (Base de Dados em Enfermagem); 4) Index Psi (Base de Dados Bibliográfica Index Psicologia); 5) ARGMSAL (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación); 6) BINACIS (Bibliografía Nacional en Ciencias de la Salud Argentina); 7) Colección SUS (Coleção Nacional das Fontes de Informação do Sistema Único de Saúde); 8) IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud); 9) MOSAICO (Base de dados Modelos de Saúde e Medicinas Tradicionais, Complementares, e Integrativas nas Américas); 10) Base Internacional de Guias GRADE; 11) SciELO Preprints.

primários e abordassem os Itinerários Terapêuticos de pessoas adultas em sofrimento psíquico e/ou no contexto da saúde mental brasileira na RAPS, no período dos últimos 23 anos (2001 a 2023). Esse recorte temporal faz alusão ao período de transformações na legislação da política de assistência à saúde mental no âmbito nacional com a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001). O recorte temporal foi o único filtro aplicado diretamente nos portais e bases de dados, resultando na quantidade de estudos conforme descrito na Figura 3.

Como critérios de exclusão, consideraram-se: 1) estudos duplicados nas bases de dados; 2) trabalhos que não tivessem seus textos completos disponíveis online; 3) artigos teóricos, revisões da literatura e/ou relatos de experiência; 4) Trabalhos de Conclusão de Cursos (TCC); 5) produções que não abordassem a saúde mental e/ou não mencionasse os itinerários terapêuticos dos usuários; 6) estudos com recorte da infância/juventude e/ou relacionadas ao uso de álcool e outras drogas; 7) pesquisas realizadas antes da regulamentação da Lei Federal 10.216/2001; 8) estudos realizados fora do contexto brasileiro; 9) pesquisas que não tenham sido realizadas em pontos de atenção da RAPS, comunidades e/ou grupos relacionados à atenção psicossocial. Esse último critério amplia para a possibilidade da inclusão de pesquisas na comunidade com o intuito de abarcar os estudos realizados em territórios geográficos delimitados, e também para organizações e grupidades formadas no território, de modo que estudos realizados a partir de estratégias coletivas, artísticas, políticas e/ou de militância possam ser contempladas.

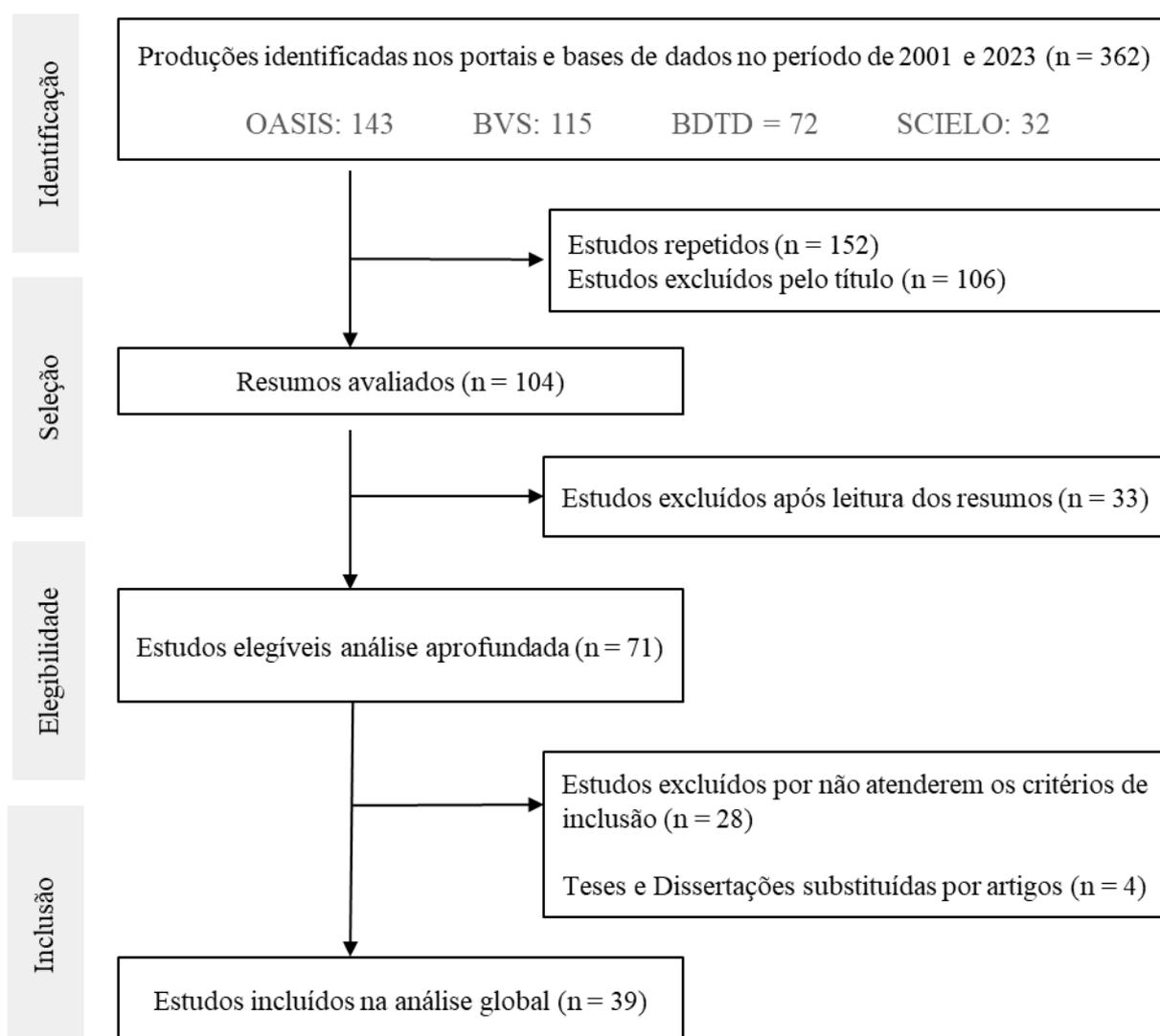
Vale ressaltar que foram encontradas duas revisões da literatura⁵ sobre o tema e, apesar de não compor a listagem de estudos selecionados para esta pesquisa, suas análises subsidiaram esse trabalho e se farão presentes ao longo dos resultados. Posteriormente, notou-se que havia artigos originados de dissertações ou teses já listadas e, nesses casos, os trabalhos finais da pós-graduação foram excluídos da análise global, e suas versões publicadas em periódicos foram mantidas.

Como resultado das estratégias de busca apresentadas, foram encontradas um total de 362 publicações, as quais foram sendo avaliadas e descartadas seguindo os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Foram excluídos, desta forma, 152 produções que se repetiam, 106 após leituras dos títulos e 33 após análise dos resumos, pois não atendiam aos critérios de inclusão, restando 71 estudos para análise final. Foram avaliadas as dissertações que tinham derivações

⁵ GERHARDT; BURILLE; MULLER, 2016; SOUZA E ZAMBENEDETTI, 2018.

publicadas em artigos, sendo encontradas quatro publicações nessa situação. Após leitura completa dos estudos, 28 foram excluídos por atenderem aos critérios de exclusão. A **Figura 3** representa o fluxograma de busca e seleção dos estudos encontrados. Assim, a partir dos critérios estabelecidos, foram selecionados 39 estudos para compor esta Revisão Integrativa.

Figura 3. Fluxograma de busca e seleção dos estudos da Revisão Integrativa.



Fonte: Elaborada pela autora, baseado no modelo PRISMA⁶.

Conforme apontado por Gerhardt et al. (2016), no estado da arte da produção científica sobre os itinerários terapêuticos no contexto brasileiro, outras palavras-chave e sinônimos

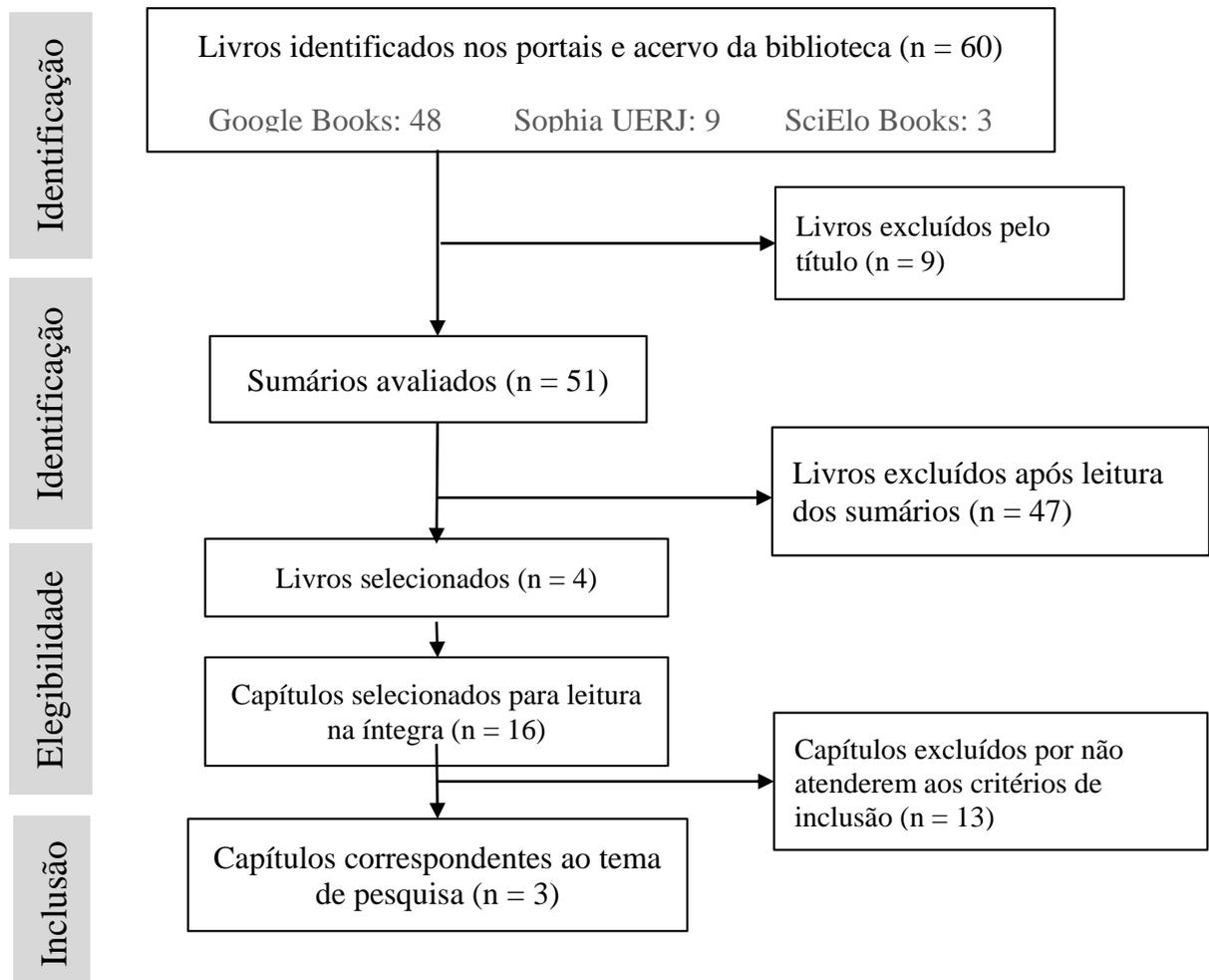
⁶A recomendação PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises) consiste em um checklist com 27 itens e um fluxograma de quatro etapas, publicada em 2009 e revisado em 2020, e desenvolvida com o objetivo de ajudar os autores a melhorarem o relato de revisões sistemáticas e meta-análises, para que justifiquem a revisão, os métodos empregados e os achados encontrados (GALVÃO; PANSANI; HARRAD, 2015; PAGE, 2022).

foram consideradas potencialmente importantes para captar estudos sobre os itinerários terapêuticos, além do próprio descritor nominal, como “trajetória de cuidado”, “trajetória de tratamento”, “trajetórias terapêuticas”; “trajetória do paciente”, “busca por cuidado”, “itinerários de cuidado” e “itinerâncias”. Desse modo, ao longo da leitura dos textos selecionados previamente, optou-se por fazer uma pesquisa adicional à primeira, com o intuito de incluir esses termos sinônimos, na BVS e SciELO, principalmente por compreender que o descritor “Itinerário Terapêutico” é recente no DeCS, datado de 2021. Nessa segunda busca foram selecionadas sete publicações para leitura completa, mas que não atenderam aos critérios de inclusão.

A fim de realizar uma revisão mais apurada, também foram pesquisados livros e capítulos de livros. Essa busca foi mais difícil de ser efetuada por não haver bancos de dados específicos para indexação destes. Assim, efetuou-se a procura através de portais de livros da internet, como o Scielo Livros e o Google Livros, e busca no catálogo digital da Rede de Bibliotecas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), intitulado Rede Sirius, além da leitura das referências encontradas nos artigos que indicaram a produção de livros.

Nos dois primeiros portais online, utilizou-se o mecanismo (Itinerário\$ Terapêutico\$) AND (Saúde Mental), e no terceiro, foram realizadas buscas com os descritores "Itinerário\$ Terapêutico\$" e "Saúde Mental", seguido de “Itinerário\$” e “Saúde”. Tal pesquisa obteve uma amostra final de três capítulos selecionados correspondentes ao tema de pesquisa (Figura 4), no entanto, eram oriundos de dissertações de mestrado e de teses de doutorado e, por já estarem presentes na análise no formato de tese e dissertação, não foram incluídos na análise final. Desse modo, não houve a inclusão de livros e/ou capítulos de livros nesta revisão.

Figura 4. Fluxograma da seleção dos livros e capítulos de livros para Revisão Integrativa



Fonte: Elaborada pela autora.

3.3 Etapa 3: Coleta e organização das informações relevantes dos estudos selecionados

Com as estratégias de busca definidas, o processo de captura das produções iniciou em agosto de 2023. Nessa etapa, todos os estudos e capítulos encontrados foram listados e organizados em uma planilha do Excel. À medida que as análises de títulos e resumos foram realizadas, as produções foram sumarizadas e categorizadas neste software. Após a seleção de todas as publicações para leitura na íntegra, foi elaborado um quadro, também no Excel, que permitiu realizar a extração das principais informações dos estudos, de forma sistematizada e concisa, conforme orientam Cooper (1982) e Broome (1993).

3.4 Etapa 4: Análise crítica e interpretação dos estudos incluídos

Nessa etapa, todos os estudos selecionados na fase anterior foram lidos na íntegra, revisados e sua pertinência ao tema foi reavaliada. Para a realização deste julgamento crítico, Broome (1993) propõe o uso de instrumentos de coleta com a extração específica de informação de cada artigo.

Nesta pesquisa, têm sido elaboradas perguntas disparadoras que auxiliam na condução das leituras dos estudos e, em seguida, serão construídas matrizes analíticas com informações relevantes obtidas a partir dessas leituras. De acordo com Klopper, Lubbe e Rugbeer (2007), a construção de uma matriz de síntese ou matriz de análise é um processo criativo, de proficiência e originalidade dentro das revisões e estudos analíticos. Uma matriz pode conter diferentes tipos de dados, desde informações verbais a dados integrados sobre determinado ponto ou assunto e deve conter informações que permitam ao pesquisador comparar criticamente a literatura selecionada.

Conforme Ganong (1987), a metodologia utilizada em todo o processo de análise deve ser transparente, com todas as regras utilizadas para seleção dos artigos explicitadas de maneira clara, a fim de que não haja dúvidas se elas foram ou não apropriadas. Com o intuito de tornar esse processo mais transparente, as perguntas disparadoras e as matrizes analíticas serão inseridas no manuscrito.

Após a leitura dos textos completos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão restaram 39 pesquisas, que foram selecionadas para reflexões, discussão do tema proposto e análise crítica desta pesquisa. Conforme descrito na Etapa 3 dos métodos, as produções encontradas e suas informações foram categorizadas em uma planilha do Excel, compondo uma matriz analítica que permitiu extrair as seguintes informações: Autores; Ano; Título, Tipo de publicação (artigo, dissertação ou tese); Periódico (se artigo); Instituição de Ensino (se dissertação/tese); Região da pesquisa, estado e cidade (se explícito); Objetivo; Natureza do estudo; Formação do(a) primeiro(a) autor(a), Participantes e local de realização do estudo; Método de coleta de dados. Os estudos que compõem esta revisão foram codificados pela letra inicial do formato (A = Artigo; D = Dissertação; T = Tese), seguidos de uma numeração sequencial para cada um.

3.5 Etapa 5: Discussão e apresentação dos resultados

Essa etapa é de profunda importância para a disseminação do conhecimento, e cabe aos pesquisadores escolher quais formatos e informações serão apresentadas à comunidade (COOPER, 1982). Nos capítulos a seguir serão apresentados os resultados e discussões dessa revisão de literatura, e tem-se como intuito ampliar o debate e avançar nas reflexões a respeito dos Itinerários Terapêuticos no campo da Saúde Mental, não apenas como conceito teórico-metodológico, e pertinente em ambiente acadêmico, mas também no cotidiano das práticas de cuidado, por parte daqueles que compõem o Sistema Único de Saúde. São eles, os usuários e familiares, que transitam pelos dispositivos da RAPS e requerem acesso aos serviços de saúde nos seus contextos de adoecimento; e os gestores e profissionais, que conduzem essas práticas de cuidado e o acesso aos serviços, e podem realizá-las tendo os princípios do SUS como orientadores, em especial, a integralidade. Conforme Pinheiro et al. (2016) reforçam, a integralidade é um ideário que está centrado no usuário e voltado para compreensão das expressões das suas trajetórias de cuidado, que se apresentam sob a forma de demandas sociais e exigem ações e serviços de saúde adequados às suas necessidades.

4 PERCURSO DESCRITIVO DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS SELECIONADAS E AS CARACTERÍSTICAS DOS SEUS ACHADOS: ENLACES ENTRE ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E A SAÚDE MENTAL BRASILEIRA

Imagino os capítulos que aqui se seguirão como estradas nas quais podemos itinerar. Não há necessariamente uma ordem nos caminhos a percorrer, mas proponho uma sequência que vai atender os padrões acadêmicos e que também irá desaguar naquilo que me é caro quando penso nas práticas de cuidado: o cuidado mais próximo dos territórios, da rede social, com o protagonismo do sujeito e envolvendo suas práticas e saberes, sua cultura, aquilo que o move e o afeta.

Espero me fazer compreender de que essa pesquisa não pretende colocar em evidência os itinerários terapêuticos por si só, mas a maneira como eles constituem a experiência do adoecimento dessas pessoas, a experiência do sofrimento e, também, a experiência de uma ressignificação em torno da doença, se assim posso me autorizar a dizer. E, somado a isso, os agenciamentos que são feitos a partir dessas escolhas, que perpassam não apenas pelo desejo, mas por determinações sociais e culturais que se imbricam cotidianamente na vida dessas pessoas.

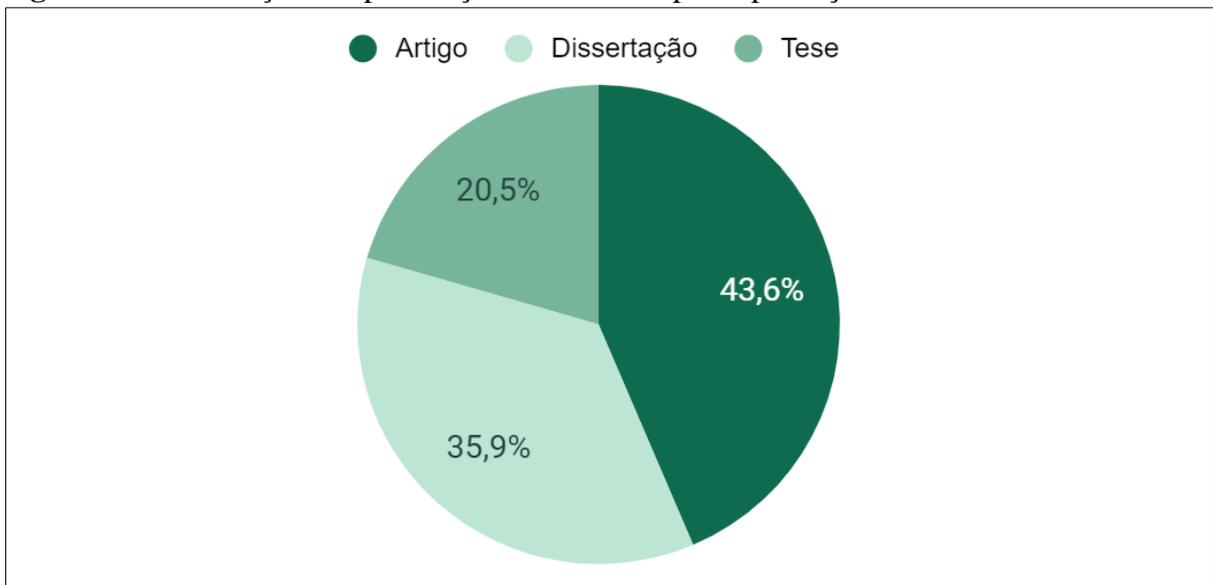
Os percursos mais próximos dessa estrada os levarão a números e informações quantitativas, que dizem respeito a dados que compreendi ser pertinentes apresentá-los, mas sem a necessidade de esgotá-los ou de reduzi-los a meros números, mas para pensarmos alguns aspectos das produções sobre os itinerários terapêuticos no campo da saúde mental, localizá-las temporalmente, geograficamente e, também, localizá-las dentro das diversas áreas da saúde. Tais informações possibilitam um olhar contextualizado e fornecem pistas sobre a maneira como o tema vem sendo discutido nos espaços acadêmicos e científicos, e como ele chega, ou não, nos serviços e na formulação de políticas públicas, e mais ainda, no cotidiano dos sujeitos.

Em um segundo momento, trago considerações qualitativas sobre as produções analisadas e os itinerários terapêuticos apresentados nelas. Acrescento aqui que a escrita que se segue diz respeito aos resultados de análises reflexivas e críticas sobre as pesquisas selecionadas nessa revisão, mas que não se distanciam de uma vivência prática, a qual eu, como autora, possuo. Enquanto enfermeira do SUS e trabalhadora de um CAPS, não consigo - e tampouco tenho intenção - separar teoria e prática. A meu ver, ambas são duas faces da mesma moeda, mas que não se distanciam em lados opostos, como em tal objeto, e sim que se somam e se

misturam como se formassem uma trama. E essa trama é o que me move a escrever. Assim, convido-os a essa leitura, tecida por um universo de fios.

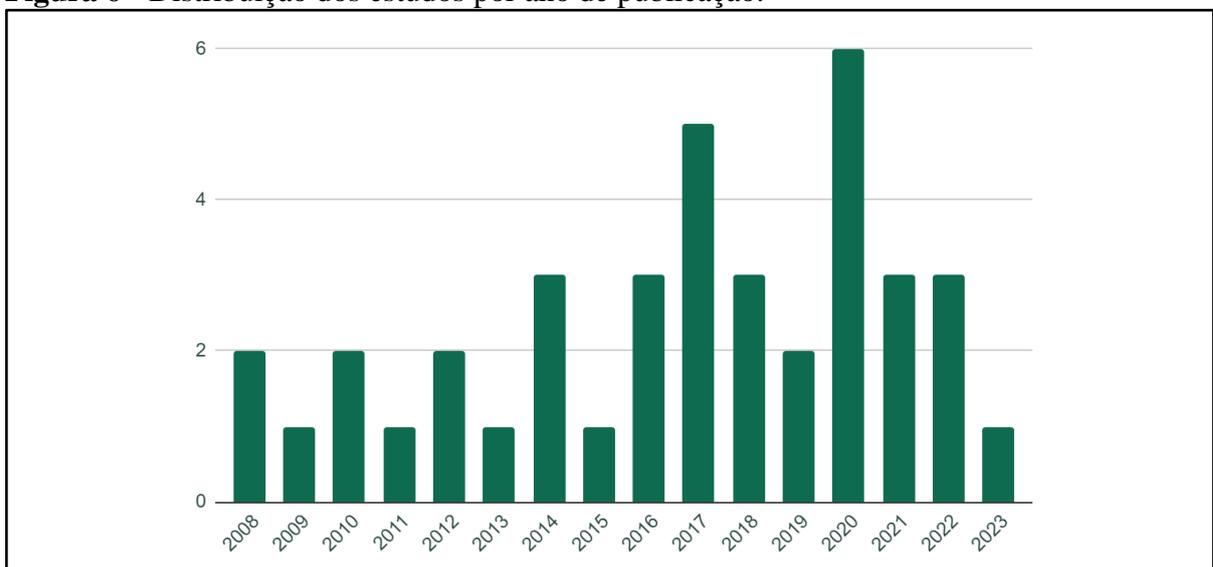
Dos 39 estudos que integraram esta revisão, obtivemos 17 artigos (43,6%), 14 dissertações (35,9%) e oito teses (20,5%) (Figura 5). Tais publicações compreenderam os anos de 2008 a 2023, como ilustrado na Figura 6, com a distribuição das publicações ao longo do tempo. Os anos que mais tiveram publicações foram 2020 (6) e 2020 e 2017 (5). Também nota-se um maior quantitativo de produções na segunda metade desse recorte temporal, sendo que de 2008 a 2011 houve apenas seis publicações (2008 a 2011) e, entre 2012 a 2023, esse número subiu consideravelmente, para 33.

Figura 5 - Distribuição das publicações conforme tipo de produção científica.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Figura 6 - Distribuição dos estudos por ano de publicação.

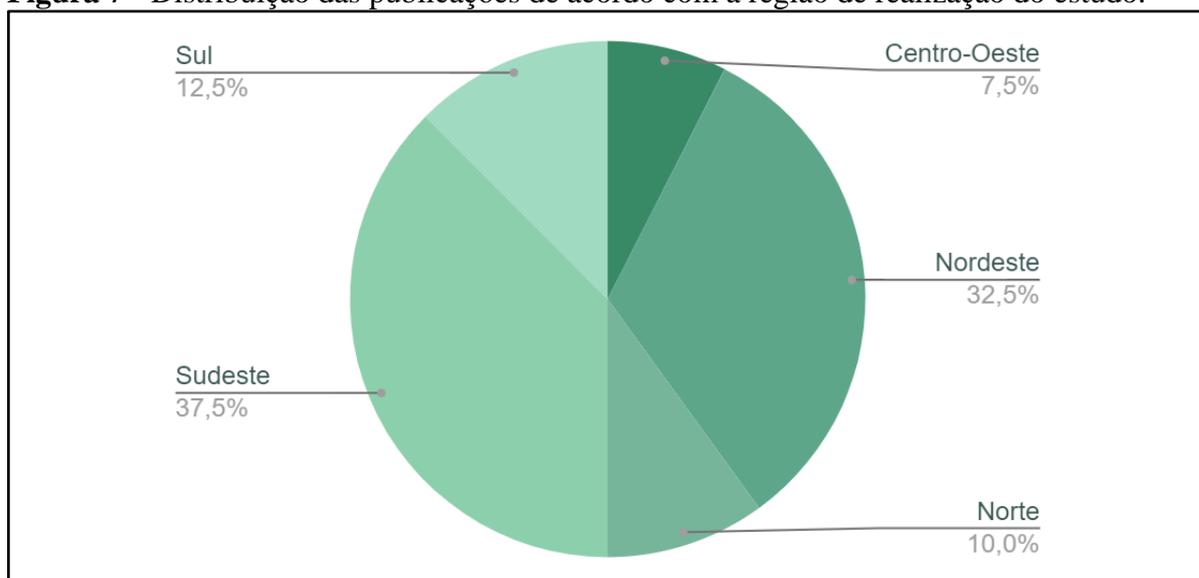


Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Acerca dessa distribuição temporal, Gerhardt, Burille e Muller (2016) realizaram um estado da arte da produção científica brasileira sobre itinerários terapêuticos até o ano de 2014 e capturaram artigos publicados somente a partir de 2004. Conforme apontam, tal evidência pode estar relacionada a uma menor produção de artigos sobre o tema anteriormente a este período, mas também a não disponibilidade desses estudos em bases de dados digitais.

A realização dos estudos sobre Itinerários Terapêuticos no âmbito da saúde mental tem se concentrado nas regiões Sudeste, com 15 estudos, seguido do Nordeste, com 13 (Figura 7). Vale ressaltar que um estudo foi contabilizado duas vezes, sendo uma em cada região (Sudeste e Nordeste), visto que ele foi realizado em duas cidades (Campinas/SP e Fortaleza/CE). A terceira região com maior concentração de estudos foi a Região Sul (5), com um número muito próximo das regiões Norte (4) e Centro-Oeste (3). De modo geral, os estados que mais sediaram as pesquisas foram São Paulo (8), Ceará (7), Minas Gerais (5) e Bahia (5).

Figura 7 - Distribuição das publicações de acordo com a região de realização do estudo.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Considerando a amostra de artigos científicos publicados (17), a distribuição dos periódicos que veicularam os artigos foi ampla, de modo que cada artigo foi publicado em um periódico distinto, com exceção da Saúde em Debate e Revista de Terapia Ocupacional da USP, ambas com dois artigos. Observou-se que os periódicos da Psicologia tiveram mais publicações sobre o tema em discussão, com 10. Esse dado dialoga com o quesito formação, pois a maioria dos autores principais eram da Psicologia (13), da Terapia Ocupacional (3) e Enfermagem (1). Os outros periódicos com publicações selecionadas foram da Saúde Coletiva (3), da Enfermagem (2) e da Terapia Ocupacional (2).

A respeito das dissertações de mestrado e teses de doutorado obtivemos um número superior das primeiras, em detrimento das segundas. A distribuição destas por instituição está ilustrada na Figura 8, na qual evidencia-se maior produção na UECE e UFBA, ambas com três produções cada, seguidas da UFSC e UNICAMP, com duas cada.

Figura 8 - Distribuição das dissertações e teses de acordo com Instituição de Ensino Superior (IES) do programa de pós-graduação dos autores.



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Nos casos do Mestrado, a maioria das titulações foram em Saúde Coletiva (5), sendo um deles nomeado como Mestrado em Saúde Comunitária, do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), e em Psicologia (5), sendo um deles em Psicologia Social e Institucional. Os demais, com aparições únicas, foram em Antropologia Social, Ciências e Tecnologias em Saúde, Ciências Sociais e Desenvolvimento Comunitário.

No que diz respeito às titulações do Doutorado, houve uma maior variedade, com repetição apenas nos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva (2). O campo da Psicologia, por sua vez, também teve uma repetição, contudo, em Programas de pós-graduação diferentes, sendo um deles em Psicologia do Desenvolvimento e o outro em Psicologia Social. Os demais, com aparição única em cada, foram programas de doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas; Enfermagem; Informação e Comunicação em Saúde; e em Ciências.

É interessante notar a multiplicidade dos programas de pós-graduação das dissertações e teses que discutiram a respeito dos Itinerários Terapêuticos e seus enlaces com a saúde mental. No entanto, das 18 dissertações, cinco eram de Enfermeiros e, das oito teses, duas também foram elaboradas por profissionais da Enfermagem. Um dado interessante é que, dessas seis

pesquisas elaboradas por enfermeiros, sete foram em Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva/Saúde Comunitária e, apenas um, em Enfermagem. Com intuito de aproximar tal resultado da minha formação profissional, nota-se o reduzido número de produtos de programas da Enfermagem dentre as aparições, mas um número interessante de profissionais enfermeiros no Campo da Saúde Coletiva/Comunitária.

Como afirmam Almeida e Rocha (1997), a enfermagem enquanto trabalho é uma prática social e histórica. E acrescento aqui que também é política. Ao longo do tempo a enfermagem se fez presente na história da loucura e em todo o processo de reestruturação da assistência, marcado pela Reforma Psiquiátrica e pela reforma do ensino e das práticas de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. E, ao longo desse processo político-social, novas práticas e tecnologias de cuidado passaram a se fazer necessárias.

A enfermagem tem no cerne da sua atuação, a prática do cuidado (COSTA; SANTOS, 2015). Essas autoras acrescentam que no campo de saúde mental essa premissa se mantém verdadeira e com uma proposta mais ampliada, pois esse cuidado envolve o usuário, sua família e a comunidade, na reinserção social dos sujeitos na sociedade, e com a possibilidade de conduzir um vasto repertório de ações dentro dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Nos CAPS, particularmente do tipo III, que possuem funcionamento 24 horas, os enfermeiros são maioria enquanto categoria profissional, no entanto seu número é considerado insuficiente para atender às demandas internas do serviço e também territoriais (COSTA; SANTOS, 2015). Observa-se uma fragilidade nas tentativas de incorporar o ensino do subjetivo na formação dos enfermeiros e, conseqüentemente, uma dualidade na percepção desse elemento 'psi' na prática, que suscita tanto fascínio quanto estranheza. Essa ambivalência resulta em incertezas decorrentes da falta de familiaridade e da impressão de não possuir uma atuação definida no âmbito da clínica psicossocial.

Assim, avento como hipótese que os programas de pós-graduação específicos do núcleo da Enfermagem ainda permaneçam com essa dificuldade em ofertar linhas de pesquisa mais envolvidas com o cuidado subjetivo da saúde mental, e de maneira correlacionada com o cuidado no território e comunitário, e com os princípios técnicos e éticos dessa categoria. Por outro lado, acredito que essa intersecção se faz mais vívida no campo da Saúde Coletiva, e que os enfermeiros têm visto nesses programas a possibilidade de reinventar suas práticas de cuidado no campo da saúde mental e compreender como se dá a busca do cuidado pela população nos contextos socioculturais em que eles vivem.

Para finalizar essa parte mais descritiva desta pesquisa, aproveito o ensejo das subjetividades para apontar a abordagem qualitativa como metodologia de escolha de todos os estudos, com exceção de dois: um quantitativo e um quali-quantitativo. A abordagem qualitativa é aplicada ao estudo de subjetividades, das relações, representações, crenças, percepções e produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem (MINAYO, 2014). E, as pesquisas analisadas nesta revisão dizem respeito a essas nuances da vida que é vivida, com percursos individuais e singulares dos sujeitos acerca dos seus processos de saúde-doença e cuidado.

As técnicas de produção e coleta de dados utilizadas foram variadas, mas em acordo com a metodologia qualitativa. Dentre elas, as entrevistas estruturadas e/ou semi-estruturadas, entrevistas em profundidade, questionário sociodemográfico, etnografia, observação participante, diário de campo, análise documental, grupo focal, acompanhamento da vida cotidiana dos usuários, genograma, ecomapa, rodas de conversa, associação livre de palavras, cartografia e autografia. A exceção foi o estudo quantitativo, que obteve seus dados através de um inquérito do Projeto matriz AcesSUS.

Conforme compreendemos até o presente momento deste trabalho, os itinerários terapêuticos dizem respeito aos percursos que os indivíduos constroem em busca de cuidados, seja pelos serviços de saúde formais e informais, pelas redes sociais e/ou comunitárias, ou através dos saberes e práticas de cura que advêm de perspectivas culturais e ancestrais. Essa trajetória envolve desde o acesso a esses recursos, como toda a sequência de acontecimentos e decisões que se desdobram a partir dessas experiências, aqui compreendidas como singulares e compostas por linhas de tensão, ruídos, estigmas, barreiras de acesso e/ou percepções sobre o autocuidado, construção de autonomia, bem-estar e empoderamento.

Nesta revisão integrativa, 39 estudos foram lidos e cada um deles apresenta um universo de autobiografias, relatos pessoais e de vida, histórias e percursos de sofrimento, de perambulação, de luta contra uma lógica neoliberal perversa, pautada pelo estigma e mal-estares, em que os indivíduos precisam buscar e produzir estratégias de sobrevivência para conseguirem lidar com seus sofrimentos. Desse modo, este trabalho não tem como intuito resumir tais itinerários terapêuticos, institucionais, afetivos e subjetivos, mas sim apontar ideias do que se pode encontrar no dia a dia das pessoas que vivenciam o sofrimento psíquico, assim como dos seus familiares e pessoas no entorno deles.

O Quadro 2 apresenta uma disposição de todos os estudos analisados nessa pesquisa.

Quadro 2 - Distribuição dos estudos selecionados (continua)

Autor, ano	Título	Objetivo	Participantes
MÂNGIA; YASUTAKI, 2008	Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental	Conhecer as estratégias utilizadas no enfrentamento dos problemas de saúde mental, por meio da reconstrução dos itinerários terapêuticos de usuários do Núcleo de Atenção Psicossocial II (NAPs II) do município de Santo André	Usuários e familiares
CORRÊA et al., 2011	Itinerário terapêutico de idosa em sofrimento psíquico e família	Compreender os núcleos de cuidado familiar e as trajetórias de buscas por cuidado que compõem o itinerário terapêutico (IT) de uma idosa em condição crônica por sofrimento psíquico e de sua família.	Usuária e seus familiares
BERTAGNONI, L. et al., 2012	Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Saúde Mental: itinerários terapêuticos de usuários acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde	Conhecer os itinerários terapêuticos de sujeitos com transtorno mental grave e persistente acompanhados em ações de saúde mental na atenção básica, no contexto do trabalho desenvolvido pelo NASF – Saúde Mental Vila Dalva e Jardim de Abril.	Usuários e familiares
SILVEIRA; NUNES, 2013	Para além e aquém de anjos, loucos ou demônios: CAPS e Pentecostalismo em análise	Analisar modos de subjetivação da loucura através das experiências religiosas dos usuários de um CAPS II nas religiões pentecostais, identificando possíveis articulações entre estas instituições.	Usuários, familiares e profissionais
CARNEIRO; AQUINO; JUCÁ, 2014	Desafios da integralidade na assistência: o itinerário terapêutico de mães com sofrimento psíquico grave	Refletir acerca do Itinerário Terapêutico (IT) de mulheres com um histórico de sofrimento psíquico grave que, em decorrência de sua psicopatologia e das fragilidades referentes à assistência, foram eventualmente afastadas de seus filhos (as) e/ou enfrentaram adversidades de várias ordens para desempenhar o papel de mães, observando se houve a promoção da integralidade no cuidado, respeitando sua condição de mulher e sua fragilidade psíquica, nas suas andanças pelas diferentes instâncias e formas de tratamento.	Usuárias que são mãe
CARDOSO; OLIVEIRA; PIANI, 2016	Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará	Analisar como as práticas de cuidado em saúde mental são percebidas pelos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) do estado do Pará, procurando conhecer seus itinerários terapêuticos. Além disso, verificou-se como o discurso dos usuários é incorporado ao processo de organização das práticas no cotidiano dos serviços do Caps estudado.	Usuários
CARDOSO et al., 2017	O caminho trilhado por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do Estado do Pará: construindo itinerários na busca do cuidado	Conhecer e compreender os caminhos percorridos pelos usuários de um CAPS do Estado do Pará na busca do cuidado.	Usuários

Autor, ano	Título	Objetivo	Participantes
MILHOMENS; MARTIN, 2017	Rupturas e transformações na vida de jovens acompanhados em um CAPS adulto	Se aproximar das rupturas e transformações ocasionadas na vida de jovens que passaram pela experiência de sofrimento psíquico que realizam acompanhamento em um CAPS Adulto, assim como da vivência da fase da juventude diante deste processo.	Usuários
BRAGA; PEGORARO, 2020	Internação psiquiátrica: o que as famílias pensam sobre isso?	Investigar, a partir do itinerário terapêutico de pessoas em situação de sofrimento mental, como as famílias percebem a necessidade de internação e a função desse recurso.	Famíliares
RODOVALHO; PEGORARO, 2020	O Centro de Atenção Psicossocial segundo familiares de usuários: um estudo a partir dos itinerários terapêuticos	Investigar a avaliação de familiares de pessoas em situação de sofrimento psíquico grave sobre o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) a partir dos itinerários terapêuticos dos usuários.	Famíliares
VIEIRA; PEGORARO, 2020	Explicações de familiares sobre o sofrimento psíquico: diversidade e integralidade em questão	Identificar as explicações dadas pelo familiar a respeito do problema de saúde mental da pessoa em sofrimento psíquico a partir da investigação dos itinerários terapêuticos.	Famíliares
ACIOLE; SILVA, 2021	Concepções e itinerários terapêuticos de pessoas de pessoas em sofrimento psíquico em contextos quilombolas	Analisar as concepções sobre o sofrimento psíquico e os cuidados em saúde mental na perspectiva de pessoas com diagnóstico de transtorno mental, residentes em comunidades quilombolas.	Usuários
BANDEIRA; ONOCKO- CAMPOS, 2021	Itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS-III)	Analisar os itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o tratamento nos Caps III, identificar os fatores que levaram ao abandono do cuidado, e analisar as percepções dos usuários sobre os serviços e tratamentos propostos.	Usuários
MORAES; ZAMBENEDETTI, 2021	As Tecnologias Relacionais e a Produção de Itinerários Terapêuticos em Saúde Mental	Compreender como pessoas com sofrimento psíquico e histórico de internação psiquiátrica engendram itinerários terapêuticos em um município de médio-porte do Paraná.	Usuários
SANTOS; KIND, 2022	Itinerários Terapêuticos Percorridos por pessoas que tentaram suicídio	Compreender os itinerários terapêuticos de usuários que tentaram suicídio no que tange aos cuidados recebidos, procurados e demandados.	Usuários e profissionais
SILVA, 2022	Tecer ninhos, ousar voos: a produção de multiplicidades nos territórios de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial	Esta pesquisa se debruça sobre os processos de produção de territórios existenciais na cidade, a partir da experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).	Usuários
FRANCO; PEGORARO, 2023	O papel do CAPS I na vida de seus usuários: um estudo a partir dos itinerários terapêuticos	compreender, a partir do itinerário terapêutico de pessoas em sofrimento psíquico e egressas de internação psiquiátrica, a inserção do centro de atenção psicossocial como equipamento de cuidado em suas trajetórias	Usuários

Autor, ano	Título	Objetivo	Participantes
BARRETO, 2009	Trajetórias familiares na labuta com o sofrimento psíquico: um estudo sobre familiares do CAPS Adilson Peixoto Sampaio, Distrito Sanitário Itapagipe/Salvador/BA	Investigar, identificar e analisar as concepções e práticas dos familiares de usuários do CAPS Adilson Peixoto Sampaio com relação a sua participação na construção das estratégias de enfrentamento dos problemas decorrentes do sofrimento psíquico desenvolvido por seus familiares usuários desse serviço de saúde mental e compreender possíveis relações entre participação dos familiares e adesão às propostas terapêuticas.	Familiares
ANDRADE, 2012	Integralidade e humanização em saúde mental: experiências de usuários em dois centros de atenção psicossocial	Compreender as experiências de usuários em dois CAPS de Fortaleza-Ceará, no que concerne à assistência conferida pelos profissionais, exprimindo destaque às dimensões integralidade e humanização do cuidado em saúde.	Usuários
GOMES, 2014	Saúde mental na atenção básica: análise do atendimento na percepção dos usuários e familiares	Investigar o atendimento prestado ao usuário de saúde mental pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família em unidades da cidade de Fortaleza, Ceará e abordar as representações de pacientes e familiares acerca da experiência com o sofrimento psíquico.	Usuários e familiares
VASCONCELOS, 2014	Família e Atenção à Saúde Mental: sentidos, práticas e itinerários terapêuticos	Compreender os sentidos, significados e práticas da família em busca de cuidado em saúde mental a partir da análise dos itinerários terapêuticos e redes de apoio sociais acessadas pela família.	Familiares, profissionais e moradores da comunidade
CARVALHO, 2015	A (re)significação do cuidar: os itinerários terapêuticos da família na prática do cuidado ao sujeito com sofrimento mental	Compreender como a família tem realizado o cuidado ao sujeito com sofrimento mental, a partir do novo modelo de saúde mental apresentado pela RPB, por meio da perspectiva dos Itinerários Terapêuticos (IT).	Familiares
COSTA, 2016	Itinerários terapêuticos de pessoas em adoecimento mental grave: olhares plurais sobre a rede de atenção psicossocial	Compreender o itinerário terapêutico de pessoas em adoecimento mental grave inserida na Rede de Atenção Psicossocial.	Usuários e profissionais
SILVA, 2017	O cuidado em saúde de uma família residente na Vila Esperança, bairro popular de Águas Lindas de Goiás - GO : vivências, desafios e dilemas	Analisar a relação da estrutura familiar e os cuidados em saúde de uma mãe, companheiro, filhos e netos, residentes na Vila Esperança, bairro popular o município de Águas Lindas de Goiás - GO.	Familiares e moradores da comunidade
MEDEIROS, 2018	Sobre-viventes: entre o mal-estar da existência e a gestão do cuidado de si	Compreender (para além dos conhecimentos psiquiátricos) os significados que atribuem ao seu mal-estar, quais discursos e representações e sentidos que se utilizam para falar de suas experiências de sofrimento, bem como as formas de gestão do cuidado de si e itinerários terapêuticos que trilham.	Usuários e familiares
SOUZA, 2018	Cartografia de itinerários de cuidado de saúde mental em uma cidade da 6ª Regional de saúde do Paraná	Compor uma cartografia dos itinerários terapêuticos de usuários da rede de saúde mental de uma cidade da 6ª Regional de Saúde do Paraná por meio de narrativas.	Usuários

Autor, ano	Título	Objetivo	Participantes
ROSSETTI, 2019	A loucura de ser mãe: vivências da maternidade por mulheres em sofrimento psíquico em Manaus, Amazonas	Analisar a vivência da maternidade de mulheres em sofrimento psíquico no município de Manaus-AM.	Usuárias que são mães
COSTA, 2020	Determinações sociais de itinerários terapêuticos produtores de cuidado e de saúde em situações de sofrimento psíquico: o papel do centro de atenção psicossocial (CAPS)	Investigar o papel do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) nos itinerários terapêuticos das pessoas em sofrimento psíquico.	Usuários e profissionais
FERREIRA, 2020	Itinerários terapêuticos: compreensões à saúde mental no sertão alagoano	Analisar os itinerários terapêuticos de portadores de transtornos mentais severos e persistentes nos contextos do sertão alagoano.	Usuários
LOPES, 2020	Entre aderir e resistir: percursos de produção de vida e cuidado em saúde mental	Identificar os itinerários de cuidado de si traçados pelos usuários para suas vidas e os fluxos a eles ofertados pela Rede de Atenção Psicossocial de Porto Alegre.	Usuários
GUEDES, 2022	Itinerários terapêuticos em busca do bem viver: saúde mental na comunidade indígena Mendonça do Amarelão (RN)	Construir interlocuções junto aos Potiguara Mendonça do Amarelão (João Câmara-RN), visando compreender os itinerários terapêuticos relativos à "saúde mental" que se produzem entre seus moradores.	Usuários
SILVA, 2008	Gênero e saúde mental nos serviços residenciais terapêuticos: fragmentos de vidas contidas	Analisar as intersecções entre gênero, sofrimento psíquico, cidadania e subjetividade, de acordo com o seu ponto de vista.	Usuárias mulheres
ALMEIDA, 2010	Acolhimento e tratamento de portadores de esquizofrenia na Atenção Básica: a visão dos gestores, terapeutas, familiares e pacientes	Avaliar as possibilidades e impasses do acolhimento e tratamento de pacientes esquizofrênicos na Atenção Básica	Usuários, familiares, profissionais e gestores
PEREIRA, 2010	Tecendo os fios da saúde mental em Belém/PA: visibilidade da rede de cuidado	Compreender o itinerário terapêutico de portadores de sofrimento psíquico atendidos na rede pública de saúde do município de Belém, estado do Pará.	Usuários, familiares e profissionais
ROSA, 2016	Por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial: o papel estratégico da Atenção Básica para um projeto de transformação social	Analisar, em Projetos Terapêuticos Singulares da rede comunitária de atenção em saúde mental, a superação da concepção de doença mental, a transformação dos itinerários terapêuticos dos usuários e os obstáculos para a produção de intervenções a partir do território e da comunidade, com ênfase no papel da Atenção Básica.	Usuários
GARCIA, 2017	Comunicação e desrazão entre contextos e mediações, o direito a voz da pessoa com esquizofrenia	Identificar, dimensionar e delinear a relação entre o direito à comunicação e o direito à saúde, tomando como referência as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia.	Usuários

Autor, ano	Título	Objetivo	Participantes
SOUSA, 2017	Vozes entrelaçadas sobre a desconstrução de cronicidade em saúde mental: espaço de diálogo entre a atenção primária, especializada e hospitalar	Analisar a atenção às pessoas em situações crônicas na rede psicossocial, com ênfase no espaço de diálogo entre a atenção primária, especializada e hospitalar.	Usuários, familiares e profissionais
AMARAL, 2018	Avaliação da articulação dos componentes atenção básica e atenção especializada das Redes de Atenção Psicossocial dos municípios de Campinas e Fortaleza	Avaliar a articulação dos componentes atenção básica e atenção especializada nas RAPS dos municípios de Campinas e Fortaleza	Usuários
CARVALHO, 2019	Maternidade e filialidade para mães em sofrimento psíquico e suas filhas: entre as delicadezas da experiência pessoal e os recursos de proteção social	Compreender a experiência pessoal de maternidade e filialidade para mulheres em sofrimento psíquico.	Usuárias que são mães, familiares e profissionais

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Com o intuito de promover uma discussão acerca dos estudos e construção de um diálogo fluido entre eles, optei pela separação em três núcleos de significação que foram se sobressaindo à medida que as leituras foram conduzidas e a escrita foi se perfazendo, pela presença contundente deles nos itinerários terapêuticos dos participantes dos estudos e nas discussões propostas pelos autores. Foram eles: as internações e institucionalizações presentes nos itinerários terapêuticos; as trajetórias pelos serviços de saúde comunitários; e a presença marcante das coletividades e da cultura nos percursos de cuidado. Cada um deles será descrito e analisado nos capítulos 6, 7 e 8, respectivamente.

5 TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS MANICOMIAIS EM TEMPOS DE REFORMA PSQUIÁTRICA?

Conforme discutimos anteriormente, as trajetórias assistenciais dizem respeito ao percurso das pessoas dentro do sistema formal e dos sistemas de saúde tradicionais e biomédicos, envolvendo serviços de diagnóstico, procedimentos, encaminhamentos e prescrições. Desse modo, este capítulo inicia colocando tal conceito em jogo, considerando as práticas institucionais, mas que no decorrer desta escrita farão parte do que entendemos como Itinerários Terapêuticos em tempos de Reforma Psiquiátrica, recorte temporal no qual esta pesquisa se insere. Como Pinheiro e Silva Júnior (2008) afirmam, a trajetória assistencial pode ser parte integrante de um itinerário terapêutico, e é dessa maneira que proponho apresentar tais percursos à medida que escrevo.

5.1 Empuxo Manicomial: um circuito de internações e institucionalizações

Esta revisão aponta para uma lógica manicomial que se faz muito presente nos percursos de busca por saúde trilhados por diversas pessoas em situações de sofrimento e/ou vulnerabilidade social que, por sua vez, também desencadeiam tal sofrimento. Ou seja, o recurso da internação se fez presente em diversos equipamentos, sejam eles da saúde, do campo socioassistencial ou da rede suplementar. Também foi possível observar diferenças no que tange àquelas de curta ou longa permanência, sendo as primeiras vivenciadas nos Hospitais Gerais, Unidades de Urgência e Emergência, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Hospitais de Referência em Saúde Mental. As internações mais longas foram observadas em Hospitais Psiquiátricos (públicos e privados), Comunidades Terapêuticas, Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), Hospitais Filantrópicos e Hospital do Exército. O acesso a essas instituições se dava, comumente, via acionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou via encaminhamento feito pelos familiares.

Não foi possível evidenciar em todos os 39 estudos a ordem temporal em que os serviços foram utilizados, mas notou-se que as internações aconteciam em um primeiro contato com o sofrimento psíquico e/ou em situações de crise aguda/exacerbação de sintomas psiquiátricos.

Uma das pesquisas analisadas, realizada em Minas Gerais, por Franco e Pegoraro (2023), com seis usuários, teve como intuito compreender, a partir do itinerário terapêutico, a

inserção do CAPS como equipamento de cuidado em suas trajetórias. Nesse estudo, as autoras apontam para uma lógica manicomial que se fez presente nos percursos de busca por saúde trilhados pelos participantes da pesquisa. Além dos hospitais e unidades de urgência e emergência, foram citadas as institucionalizações em Comunidades Terapêuticas e Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). As pesquisadoras trazem **três aspectos** que apontaram para essa lógica manicomial: 1) a experiência da internação antes de esgotar os recursos extra-hospitalares no território; 2) a excessiva medicalização durante as internações, a qualificação insuficiente das equipes de saúde destas instituições e a continuidade do acesso ao recurso da internação mesmo quando o usuário já está cadastrado em algum CAPS; 3) a necessidade de fortalecimento da RAPS e ausência da Atenção Primária nos itinerários terapêuticos dos entrevistados.

Quanto ao primeiro indicador, a respeito da recorrência das internações psiquiátricas, Rosa (2016) também apresentou esta categoria em sua tese de doutorado. Por outro lado, os resultados do estudo de Cardoso, Oliveira e Piani (2016), discordam em parte. As autoras também notaram importante número de institucionalizações em hospitais, sendo os Hospitais Gerais os mais procurados como porta de entrada pelos familiares. No entanto, perceberam que essa busca se deu após terem recorrido a outros mecanismos informais e comunitários, de caráter espiritual e religioso, social e cultural. Tais práticas serão abordadas mais à frente desse manuscrito.

O que podemos considerar diante desses pontos, indicadores e categorias, é a orientação que temos na Lei 10.216/2001 sobre o cuidado em liberdade e que indica a internação, em qualquer uma de suas modalidades, apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes para o cuidado do sujeito (BRASIL, 2001). No entanto, a presença de comunidades terapêuticas na RAPS, na portaria publicada em 2011, e de hospitais especializados em psiquiatria, em 2017, acabam por enfraquecer o papel do CAPS como um serviço substitutivo às internações. E isso não diz respeito apenas ao financiamento dos primeiros em detrimento dos últimos, como também na manutenção da ideia culturalmente arraigada de que a internação pode ter alguma finalidade terapêutica para os sujeitos. Somado a isso, como afirma Souza (2017), os hospitais psiquiátricos existem e continuarão existindo por algum tempo, em especial “até que a RAPS seja efetiva, com serviços, fluxos, ações e articulações capazes de subsidiar a necessária superação do paradigma da saúde mental” e “os serviços substitutivos sejam implantados com uma consistência mais sólida” (p. 106).

Os serviços hospitalares foram os mais citados pelos estudos. Temos os Hospitais Psiquiátricos, os Hospitais Gerais, que também podem ser considerados Hospitais de Referência em Saúde Mental e as Unidades de Urgência e Emergência, que são as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou outras similares de instância municipal.

A aproximação entre a psiquiatria e os hospitais gerais se deu, no contexto mundial, a partir da década de 1980, quando a primeira se aproximou das ciências médicas e o local da psiquiatria nessa nova era passa a ser o hospital geral, em especial com a redução do número de hospitais psiquiátricos já neste período (DIAS; GONÇALVES; DELGADO, 2010).

No Brasil, os hospitais gerais começaram a atender a demanda psiquiátrica ainda antes, a partir de 1954, compreendendo, também, as necessidades clínicas dos sujeitos, para além das psíquicas (DALGALARRONDO; BOTEGA; BANZATO, 2003). Mas conforme os autores descrevem, foi na década de 1990 que houve um maior uso desse serviço, com a crescente implantação dos Leitos de Saúde Mental nos Hospitais Gerais.

Dias, Gonçalves e Delgado (2010) afirmam que, com a criação da política nacional de saúde mental, após o processo da Reforma Psiquiátrica, os hospitais gerais foram considerados espaços privilegiados para a atenção à saúde mental numa rede de cuidados que estava em processo de expansão. No entanto, havia um contraste na maneira como a psiquiatria clínica dos anos 1990 se apropriou desses espaços, diferindo consideravelmente do que o movimento da RP tinha idealizado. A primeira visualizava o hospital geral como o lócus de reafirmação da psiquiatria médica, e tinha sua centralidade nas Enfermarias de Psiquiatria dos Hospitais Gerais. O movimento da reforma psiquiátrica, por sua vez, não tinha intenção em centralizar um local por si só, mas ampliar a maneira como os sujeitos em sofrimento psíquico eram atendidos, passando a ter um acompanhamento interdisciplinar, e não apenas centrados em práticas biomédicas.

Em 2009, o Ministério da Saúde passou a incentivar financeiramente o Hospital Geral como ponto de atenção em saúde mental, através da Portaria nº 2629, com maior remuneração para seus procedimentos, comparados com os dos hospitais psiquiátricos. Com as Portarias 3.088/2011 e 148/2012, criam-se os Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais (LSMHG), que passam a integrar a RAPS, com a orientação para internações de curta duração e implantação de leitos para cada 23 mil habitantes (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012). Tais unidades passaram por alterações legislativas em 2017, com exigência da taxa de ocupação mínima de 80% e a necessidade de implantação de no mínimo oito leitos para sua habilitação e financiamento pelo MS (SOUZA, 2023).

Souza (2023) realizou uma pesquisa avaliativa dos leitos de saúde mental em Hospitais Gerais de Minas Gerais e observou que, no Brasil,

(...) existem 1.969 LSMHG habilitados, cujo código de reconhecimento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) era o 87 e 12.386 leitos de psiquiatria (código 47) em Hospitais psiquiátricos, de acordo com consulta realizada no CNES em dezembro de 2022 (p. 3).

Ana Paula Guljor (2013), em sua tese de doutorado, assinala a importância da ampliação dos LSMHG e a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos diante do novo modelo de atenção à saúde mental vigente. No entanto, aponta para a necessidade de monitoramento e avaliação desses serviços, de modo a compreender como é a oferta de cuidados e a assistência nesses dispositivos, as características e demandas dos sujeitos que buscam atendimentos, os procedimentos realizados, o tempo que eles permanecem nos leitos e a taxa de ocupação, as articulações e encaminhamentos realizados no momento da alta, entre outras informações necessárias para a formulação e reformulação de políticas públicas.

Estudo mais recente, realizado por Echebarrena e Silva (2020), analisou o modelo de provisão dos leitos de saúde mental em três hospitais gerais da cidade do Rio de Janeiro e sua relação com a RAPS. Os autores observaram que, apesar de tais equipamentos serem resolutivos e proporcionar melhoria no cuidado integral aos usuários, suas ações são fortemente orientadas pelo modelo biomédico, os espaços são restritos e a interação com a RAPS ainda enfrenta muitas fragilidades. Há também uma dificuldade no manejo dos profissionais frente às situações de sofrimento psíquico, seja devido aos transtornos mentais e/ou uso abusivo de substâncias, seja por lacunas na formação, ausência de capacitações e estigmas e preconceitos que promovem resistências dos atendimentos e, conseqüentemente, barreiras de acesso e/ou atendimentos malconduzidos. Ainda há um caminho a percorrer quando se trata da qualificação desses dispositivos, bem como da ampliação deles. A cidade do Rio de Janeiro, por exemplo, como afirma os autores,

(...) vem caminhando para a substituição do antigo modelo hospitalar pelo modelo de atenção comunitária. Entretanto, o cenário assistencial da cidade ainda é híbrido, com o hospital psiquiátrico ainda sendo apresentado como possibilidade de cuidado para pessoas em crise, condicionando perfis para as diferentes internações (p. 232).

E, apesar do grande quantitativo de hospitais gerais no município do Rio de Janeiro, apenas seis⁷ oferecem leitos de saúde mental, chamados de Centros Emergência Regional (CER).

No âmbito dos atendimentos de urgência e emergência, temos as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que são serviços de complexidade intermediária que operam ininterruptamente, 24h por dia e em todos os dias da semana, e compõem a Rede de Urgência e Emergência (RUE), assim como a RAPS, e são unidades comumente acessadas pelos usuários quando há exacerbação dos seus sintomas. A equipe multiprofissional ali disposta presta atendimentos em situação graves e não graves e conduzem a uma avaliação diagnóstica inicial para avaliar o quadro apresentado e conduzir à conduta mais adequada, caso a caso, garantindo o atendimento dos sujeitos que procuram o serviço, com o devido encaminhamento para continuidade do cuidado em outros serviços, quando necessário, seja para internação e/ou cirurgias, para a atenção secundária, ou para a continuidade do cuidado na Atenção Primária.

Homercher e Volmer (2021) realizaram um estudo com profissionais de distintos setores de uma UPA no interior do Rio Grande do Sul, e evidenciaram que há um caráter manicomial nas práticas adotadas por eles, bem como no modo de pensar acerca do cuidado empregado frente às situações de crise psíquica. Acrescenta ainda a falta de espaços de reflexão sobre tais práticas e ausência de capacitações, mesmo a unidade sendo referência da cidade em casos de surtos psiquiátricos. Além disso, preconiza-se, nessas práticas, as condutas de caráter biomédico, como contenção mecânica e química, com administração de medicamentos, até que o sujeito estabilize. Evidencia-se também que as estratégias do acolhimento e escuta do sujeito, dentre outras tecnologias de caráter mais subjetivo, não são lançadas à mão.

Pesquisa realizada por Sabeh et al. (2022), sobre com profissionais enfermeiros de uma UPA do Mato Grosso do Sul, dialoga com tais achados e identificou pouco ou total desconhecimento por parte dos profissionais sobre a RAPS, além de uma não identificação com a área da saúde mental, sentimentos negativos ao presenciarem crises e/ou diante da necessidade de atendê-las, falta de preparo e de manejos necessários. Tais achados ampliam a fragmentação da assistência entre os pontos de atenção e prejudicam a resolutividade dos casos e a continuidade do cuidado (SABEH et al., 2022), em especial para saber em que serviço e/ou

⁷CER Campo Grande (Hospital Municipal Rocha Faria); CER Realengo (Hospital Municipal Albert Schweitzer); CER Centro (Hospital Municipal Souza Aguiar); CER Santa Cruz (Hospital Municipal Pedro II); CER Ilha do Governador (Hospital Municipal Evandro Freire); CER Barra da Tijuca (Hospital Municipal Lourenço Jorge);

contexto sociocultural o usuário poderá dar continuidade no cuidado às suas aflições, já que pouco se sabe sobre o sujeito e, menos ainda, sobre o território que circunscreve seu cotidiano.

As **Comunidades Terapêuticas**, também citadas por alguns estudos nos itinerários dos usuários são entidades privadas, sem fins lucrativos, que realizam o acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário (espontâneo) e gratuito, durante o período de três a doze meses (BRASIL, 2023). Ainda de acordo com a definição dada, “as Comunidades Terapêuticas não integram o Sistema Único de Saúde (SUS) e tampouco o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), mas são equipamentos da rede suplementar de atenção, recuperação e reinserção social de dependentes de substâncias psicoativas, de modo que referidas entidades integram o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, por força do Decreto nº 9.761/2019 e da Lei nº 13.840/2019” (BRASIL, 2023).

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), após traçar o perfil das Comunidades Terapêuticas em 2017, essas instituições se ancoram em três fundamentos - o trabalho, a disciplina e a espiritualidade - e caracterizam suas atividades a partir da compreensão do exercício do trabalho como terapêutico (laborterapia) e da espiritualidade como recurso indispensável para a “cura”, ou seja, para a superação da “drogadição” e o enquadramento moral dos sujeitos. Somado a isso, tem-se a abstinência como conduta “terapêutica”, o isolamento social e uma disciplina rígida para a mudança no comportamento (JUNIOR; BARRETO, 2024; IPEA, 2017).

Atualmente as Comunidades Terapêuticas fazem parte da RAPS, dentro dos componentes de Atenção Residencial de Caráter Terapêutico, composto também pelas Unidades de Acolhimento (UA). Essas últimas são vinculadas aos CAPS e o usuário do serviço é direcionado à UA a partir de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) com prazo de até seis meses, conforme Portaria Nº 121/2012 (BRASIL, 2012). Diferente disso, as CTs não possuem vinculação com os CAPS ou demais serviços da RAPS, e atuam de modo isolado, sem a devida integração e articulação intra ou intersetorial, sem uma vinculação com o território e com a comunidade, diferindo do que é preconizado pela Portaria 3.088/2011. As CTs, de um modo geral, tendem a se articular com instituições espirituais e religiosas, e nem sempre do mesmo território em que se situam (IPEA, 2017).

As Comunidades Terapêuticas foram citadas em três estudos desta revisão, nos seguintes contextos:

a) homem de 57 anos, que fazia uso de álcool e foi “internado” pela família em uma clínica de recuperação (uma das nomenclaturas mais comuns para designar as CTs), e durante os seis meses em que esteve no local ficou abstinente, mas após retornar à residência e sofrer um golpe no seu local de trabalho, abriu quadro de sofrimento psíquico e voltou a fazer uso do álcool. E, no território, passou a ser acompanhado pela UBS com visitas domiciliares e tratamento medicamentoso (BERTAGNONI et al., 2012).

b) duas mulheres, 43 e 46 anos, sem relatos de uso de substâncias psicoativas, mas que foram “internadas” em comunidades terapêuticas devido sofrimento psíquico intenso, e antes de terem acessado outros locais, práticas e saberes na busca por cuidados em saúde, exceto pela primeira, que teve passagem pela UPA. E, após saída das CTs, iniciaram acompanhamento em serviços de saúde mental e CAPS (FRANCO e PEGORARO, 2023).

c) homem, 60 anos, que fazia uso de álcool e foi “internado” em uma CT, por três meses, e depois disso manteve-se abstinente do uso de álcool motivado por desejo pessoal e por compreender que teve um surto psicótico induzido pelo uso dessa substância psicoativa, após consulta com psiquiatra. Após sair da “clínica”, passou a percorrer uma trajetória em busca do conhecimento de si e de estratégias de cuidado para se manter bem (MEDEIROS, 2019).

Essas três vinhetas aludem, de modo breve, para situações em que: 1) pessoas são “internadas” em comunidades terapêuticas por transtornos mentais não relacionados ao uso de álcool e outras drogas; 2) o caráter involuntário dessas “internações”, na maioria das vezes, de responsabilidade do familiar; 3) a continuidade do cuidado que não se dá nesses locais, mas sim após o acesso a outros recursos territoriais.

Os autores Junior e Barreto, (2024) trazer uma reflexão a respeito do uso equivocado da palavra “internação” em Comunidade Terapêutica, pois a internação por si só requer condições específicas para sua ocorrência, como proposto pela Lei 10.216/2001, que estabelece três tipos: voluntária, involuntária e compulsória e, também, afirma que a internação psiquiátrica só poderá ser realizada mediante laudo médico com devida justificativa para tal (BRASIL, 2001). Os mesmos autores apontam também para o financiamento que essas entidades recebem do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (antigo Ministério da Cidadania), em detrimento do subfinanciamento pelo qual os dispositivos de base comunitária da RAPS passam.

O relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas sistematizou informações sobre essas entidades com base em vistorias realizadas em 28 instituições nas cinco regiões do país, em 12 unidades da federação (11 estados e o Distrito Federal) (CFP, 2018). Tal

documento traz relatos de pessoas que estiveram em Comunidades Terapêuticas e que não faziam uso de substâncias psicoativas, e aponta para o caráter segregacional dessas instituições e o papel que elas têm exercido na manutenção de um modelo asilar e manicomial, não considerando a autonomia dos sujeitos e fazendo relevar sua liberdade de escolha. Somado a isso, também foram identificadas práticas que configuram violações de direitos humanos, com a privação de liberdade; tratamentos cruéis e degradantes; castigos, punições e indícios de torturas; e trabalhos forçados e sem remuneração. Ou seja, podemos dizer que são os novos manicômios, mas com uma nova roupagem.

Por último, temos a Instituição de Longa Permanência (ILPI), citada por apenas um estudo da revisão, mas que considere importante trazer para a discussão, pois acredito que não tenhamos muitas associadas ao campo da saúde mental. Elas podem ser instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar e em condições de liberdade, dignidade e cidadania (BRASIL, 2024). Elas seguem as orientações fornecidas pelo Estatuto do Idoso, legislação vigente e políticas públicas direcionadas a este público, e suas normas de funcionamento estão estabelecidas na Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA/RDC nº 502, de 27 de maio de 2021 (BRASIL, 2024).

Estudos apontam que as institucionalizações em ILPIs são influenciadas pelo agravamento das condições de saúde, como o comprometimento cognitivo e dependências em realizar atividades básicas de vida diária, o desejo do idoso em ter um espaço para morar sem ser um incômodo aos familiares (POLTRONIERI; SOUZA; RIBEIRO, 2019; LINI; PORTELLA; DORING, 2016), e a ausência de condições físicas, financeiras e psicológicas por parte da família para prestar o cuidado no domicílio (PERLINI et al., 2017). Reis et al. (2015) também discutem a respeito do despreparo da família em lidar com a dependência devido ao comprometimento da capacidade funcional e, devido ao sofrimento, sobrecarga e situações conflituosas, recorrem à institucionalização em ILPIs. No entanto, para Lini, Portella e Doring (2016), a idade avançada não atua, necessariamente, como fator que predispõe essa “prática asilar”, mas sim a associação com os fatores acima, o que corrobora o achado de Franco e Pegoraro (2023) acerca de uma usuária entrevistada que referiu uma ILPI no seu itinerário terapêutico antes mesmo de completar 40 anos de idade. No entanto, as autoras não descrevem justificativa relacionada à tal institucionalização e/ou como se deu a escolha pelo local.

Poltronieri, Souza e Ribeiro (2019) realizaram uma pesquisa com gestores e profissionais que atuam em nove ILPIs de diferentes regiões do estado do Rio de Janeiro para

analisar as percepções acerca da institucionalização, das dificuldades para realizar os cuidados preconizados e de como melhorá-los. O tópico que conduziu tal pesquisa diz respeito às violências perpetradas tanto antes da institucionalização, como aquelas que ocorrem no interior das ILPIs. As violências anteriores à institucionalização foram visualizadas pelo abandono familiar e na retirada do sujeito do seu ambiente doméstico, da sua comunidade e do seu território afetivo. Somado a isso temos a perda de identidade suscitada por esses espaços, que tendem a despersonalizar o indivíduo. As violências que se fazem presentes dentro desses locais nem sempre são explícitas, como afirmam os autores, mas aparecem quando entendemos a institucionalização por si só como um ato de violência, e quando não concedem a devida autonomia e a liberdade aos sujeitos que ali estão. Os pesquisadores ainda ressaltam que tais instituições estão longe de terem padrões mínimos de dignidade.

Apesar desse achado não ser substancial nesta revisão, cabe aqui fazer uma reflexão acerca dessa aparição. Pela ausência de mais explicações sobre como se deu a institucionalização da participante do estudo, e de como ela seguiu ocorrendo na ILPI ao longo do tempo, não é possível inferir que tenha sido uma experiência traumática e produtora de sofrimento, como afirma Rodrigues et al. (2023) ao escrever sobre experiências nesses espaços. No entanto, na tentativa de ampliar a reflexão e pensar nas tantas outras pessoas que têm ILPIs nos seus percursos de cuidado, surge o questionamento sobre a maneira como a inserção nesse ambiente costuma se dar para os usuários da saúde mental. Esse estudo não tem como objetivo fazer essa análise, mas ao me deparar com tal questão, me questionei: se hoje temos um movimento de contrarreforma⁸, com crescimento massivo de novas instituições manicomiais (as Comunidades Terapêuticas, voltadas para questões relacionadas ao uso abusivo de substâncias), as instituições de longa permanência poderiam passar a assumir o outro lado da ponta das práticas asilares, mais focadas nas pessoas com transtornos mentais e que vivenciam o sofrimento psíquico?

⁸ A contrarreforma, no âmbito da saúde mental, “consiste no ataque direto às conquistas estabelecidas pela reforma psiquiátrica, com um retorno à lógica de exclusão, estigma social e hospital psiquiátrico como lócus do cuidado” e vincula-se a um processo maior de desmonte e diminuição do Estado, com marco temporal a partir de 2016 (CHIABOTTO; NUNES; AGUIAR, 2022, p. 85), mais especificamente nos governos Temer e Bolsonaro – contudo, as resistências à RPB ainda persistem nos dias atuais.

5.1.1 Percursos que envolvem experiências de (des)cuidado

É nesse contexto e perpassando por instituições com práticas asilares, orientadas pelo modelo hegemônico biomédico, sem espaços para discussões com os profissionais sobre as singularidades dos sujeitos e a sensibilidade necessária no atendimento à saúde mental, que encontramos inúmeros relatos de violências e maus tratos nos itinerários dos participantes dos estudos analisados. Ouso chamá-las de *experiências de (des)cuidado*. A maioria dos estudos aqui analisados que trouxeram as experiências dos usuários acerca das hospitalizações, seja em contextos de atenção à crise com liberação em menos de 24h, ou em que precisaram ficar internados, citaram situações que não melhoraram sua condição, mas que em contrapartida atuaram como produtoras de maior sofrimento para si.

Aciole e Silva (2021) realizaram uma pesquisa com nove usuários de saúde mental e moradores de comunidades quilombolas, e encontraram que quatro destes vivenciaram internação em Hospital Psiquiátrico e cinco em Hospital Geral. Os participantes da pesquisa relataram vivências dolorosas ao longo dessas internações, associadas ao uso excessivo de medicação e o efeito de se sentirem “dopados”, utilização do eletrochoque, violências físicas, contenções mecânicas contínuas, maus tratos, alimentação ruim, pátios pequenos e fechados. A maioria referiu como uma experiência traumática, de medo, dor e sofrimento. Apenas um dos entrevistados relatou ter sido bem tratado nesses locais, mas reconheceu a importância de ter a sua liberdade e que a internação foi um aprisionamento que limitou a sua existência enquanto sujeito. Carneiro, Aquino e Jucá (2014) também acrescentam a despersonalização e a subtração de direitos que ocorre nessas instituições. Esses aspectos se contrapõem à ideia muito comum de conforto do hospital, por ser um local onde se tem hospitalidades como três ou quatro refeições ao dia, cama e cuidados de saúde diários. É certo que essa percepção se faz presente nas famílias que não possuem condição de ofertar mais de duas refeições ao dia, ou que não entendem como podem oferecer cuidado e conforto no ambiente residencial e comunitário. Carvalho (2015) acrescenta também que

O recurso da internação acaba sendo utilizado, muitas vezes, como estratégia para o afastamento de conflitos familiares, restringindo as condições de sociabilidade nas relações cotidianas. A internação, nesses casos, reveste-se de um caráter compulsório, como modo de sustentação familiar, diante da incapacidade e/ou ausência de disposição de seus membros para a superação das dificuldades (p. 81).

Silva (2017) apresenta relatos de pessoas que visualizam o hospital como local que provoca mais adoecimento e sofrimento, em virtude do tratamento desumano dos profissionais médicos. Os entrevistados desta pesquisa referem ainda que só recorrem a tais dispositivos em casos de emergência, devido às barreiras que enfrentam para acessarem esses serviços de saúde, seja pela carência de infraestrutura das instituições ou pelo atendimento prestado por esses profissionais.

Outro estudo, com o objetivo de investigar, a partir do itinerário terapêutico, como as famílias percebem a necessidade de internação e a função desse recurso, observou que a internação psiquiátrica ainda é utilizada como primeiro recurso em casos de agressividade, agitação psicomotora, ideação suicida e desorganização psíquica (BRAGA; PEGORARO, 2020). A partir das falas, também se evidenciou que tal recurso ainda tem foco no tratamento medicamentoso e no uso excessivo de psicofármacos, além das contenções físicas, alimentação e pernoite, com a possibilidade de um outro, neste caso, a instituição, assumir temporariamente a responsabilidade pelo tratamento do usuário. Barreto (2009) complementa esse achado quando também realiza uma pesquisa com familiares de Salvador/BA, e percebe pouco senso crítico deles em relação às internações em hospitais psiquiátricos. No entanto, encontrou críticas ao modelo biomédico hegemônico e a valorização do modelo de atenção psicossocial oferecido pelos CAPS, com a proposição de tirar o foco da intervenção medicamentosa e a ampliação das estratégias de cuidado. Bandeira e Onocko-Campos (2021) também encontraram resultados semelhantes, pois notaram alta resolutividade do hospital em situações de crise, porém através de condutas centradas no uso de medicamentos e sem construção de rede e/ou Projeto Terapêutico Singular (PTS) para continuidade do cuidado dos usuários e, todos os casos analisados na pesquisa foram encaminhados para que tal longitudinalidade do cuidado se desse no CAPS. Em Carvalho (2015), um familiar era a favor da internação, mas após conhecer a prerrogativa do cuidado em liberdade passou a compreender a importância do cuidado junto à família e sociedade.

É interessante analisar essa noção de hospitalização, também entendida pelos familiares como lugar de “resolutividade”, e conseqüentemente, de segurança e amparo conforme citado nas pesquisas de Carvalho (2015) e Bandeira e Onocko-Campos (2021). Também observo tal concepção no meu cotidiano profissional, enquanto enfermeira trabalhadora de um CAPS. Os familiares, muitas vezes, têm a percepção de que o hospital é o local onde se “resolve a crise” com uma “medicação mais potente”, algo que eles não têm acesso nas suas residências ou serviços territoriais, em especial aqueles que funcionam em horário comercial ou são distantes

de suas residências, algo que ocorre na maioria dos estudos dessa revisão. Por outro lado, em especial quando esse circuito crise-hospitalização-medicação é realizado, e não apenas uma vez, mas inúmeras vezes, os familiares começam a questionar se tem algo mais que possa ser feito para evitar as crises ou contorná-las. Assim, recorrem aos serviços territoriais em busca de outras estratégias possíveis, em especial pelo cansaço e sensação de desamparo, gerado não apenas pela crise em si, mas pela oferta limitada de “cuidado” que as hospitalizações lhe oferecem. Foram inúmeras as vezes que escutei familiares relatarem que no hospital “eles só medicam e liberam”. Tal frase, a meu ver, tem duas intenções: 1) o desejo do familiar pela internação, devido ao cansaço e sobrecarga; 2) o desejo do familiar por uma resolutividade milagrosa, que ele mesmo desconhece.

Carvalho (2015) ilustra bem tal reflexão ao descrever a história de uma mãe que refere ter buscado muitas instituições, exames e medicamentos para compreender o que ocorria com seu filho, dedicando-se arduamente à sua melhora. Essa mulher se coloca como ‘mãe zelosa’ e que muito se esforçou para cuidar do filho, e justifica as internações do mesmo por falta de condições e recursos de mantê-lo em casa, necessitando da retaguarda do hospital psiquiátrico nos momentos de crise.

Durante as primeiras manifestações de crise, é comum observar que a família investe maciçamente recursos e possibilidades, com objetivo de ‘cura’ do seu ente. Os investimentos incluem variadas dimensões, como o investimento emocional, temporal, financeiro, o que geralmente muda, consideravelmente, durante a progressão da sintomatologia (CARVALHO, 2015, P. 89).

Trago tais pontos de reflexão e inflexão pois é comum escutá-los e percebê-los no cotidiano do trabalho na RAPS, e compreendo que eles se imbricam e se misturam com a temática da internação. E, mais ainda, com as histórias de vida dos sujeitos e familiares e seus percursos em busca de cuidado e de compreensão sobre os processos de saúde-doença, que não se esgotam nesses espaços. Intenciono, portanto, trazer tais relatos para a escrita, pois como já apontei no preâmbulo deste capítulo, não me proponho a escrever algo apenas teórico, mas sim embebido pela prática, pelo que se produz na vida afora das pessoas as quais me atento nessa escrita e no meu cotidiano de trabalho.

Assim, associado à lógica da internação, mas que também apareceu em outros contextos, proponho uma discussão à parte, mais voltada para o tema do uso das medicações psicotrópicas, algo que permeia o cuidado em saúde mental e tem inúmeros pontos substanciais e críticos.

5.2 A medicalização do sofrimento e a ambígua relação entre loucura e medicamentos

Nesta pesquisa de revisão todos os estudos citaram a medicalização como um fenômeno presente nos itinerários terapêuticos dos indivíduos, seja pela via do acesso aos recursos hospitalares e clínicos em primeira instância; o uso excessivo e contínuo de medicações como única aposta terapêutica possível, em especial pelos profissionais dos serviços formais; a reprodução por familiares de que a medicação é a única alternativa, além de ocorrências constantes de automedicação sem prescrição médica, seja pelo próprio usuário, familiares, amigos próximos ou vizinhos. Somado a isso, me atentei também para a maneira como os diagnósticos são, em diversas situações, utilizados de maneira equivocada e mal-incorporados no acompanhamento dos sujeitos, entregando-lhes uma nomenclatura fixa e imutável, sem quaisquer explicações ou, ainda, sem abrir a possibilidade de mediações e diálogos com aqueles que deveriam ser - e propriamente são - os protagonistas da história: os usuários. E, ainda, atrelada a tais situações, temos a reprodução do ato de medicar-se, pela população, sem ter muitas informações sobre o que isso de fato significa para a manutenção de suas vidas. Para Caponi (2009), “A medicalização de condutas classificadas como anormais se estendeu a praticamente todos os domínios de nossa existência” (p. 530).

Entende-se por medicalização, o processo no qual um comportamento ou condição não médica é classificada como uma patologia, distúrbio ou questão de saúde, incorporando-se ao aparato da Medicina e atribuindo-se à classe médica a responsabilidade de propor intervenções terapêuticas aos indivíduos afetados (CONRAD, 1975). Atrelada a essa perspectiva, reforça-se a desimportância que se dá à singularidade dos usuários, limitando também a possibilidade de questionamento das condutas médicas, o que acrescenta o teor de controle dos corpos mais vulneráveis e cumprindo papel disciplinar sobre a população.

E não há como desvincular essa discussão do contexto de expansão dos serviços médicos e avanço da ordem capitalista, como afirma Carvalho et al. (2015). Os autores ainda reforçam esse “papel disciplinar e normatizador da Medicina, enquanto um importante dispositivo que operacionalizaria o poder do Estado capitalista, ao fixar os indivíduos nas suas diferenças e desvios” (p. 1254).

Dentro do tema da medicalização, se destaca o do uso excessivo ou indiscriminado de psicofármacos, ao qual alguns autores se referem como “farmacologização” (CAMARGO JR, 2013). Medeiros (2018) citou situações em que houve prescrição de medicamentos sem

explicações para os usuários, sem citar os efeitos colaterais, por quanto tempo esse uso se faria necessário, o que poderia ocorrer em caso de interrupção, dentre outras informações que se fizeram ausentes nos atendimentos. Silva (2017) corrobora esse dado e apresenta relato de usuário que não tinha condição financeira para comprar os remédios e não houve questionamento por parte do profissional sobre isso ou qualquer abertura para o diálogo. Corrêa et al. (2011) também traz situação similar quando assinala que o cuidado à usuária participante do seu estudo, no contexto da arena profissional, limitou-se às intervenções diagnósticas e/ou terapêuticas-medicamentosas voltadas para seus sintomas, e manteve-se distanciado do contexto da vida dela e dos seus familiares.

Em muitas pesquisas os usuários apontam uma relação conflituosa com a medicação, em especial em torno dos efeitos colaterais e a falta de explicação sobre eles, o que dificulta, inclusive, a possibilidade de pensar estratégias terapêuticas para lidar com elas (SANTOS; KIND, 2022; MEDEIROS, 2018; SOUZA, 2018; SILVA, 2017). A questão da perda/ganho de peso, aumento/diminuição do apetite e da libido, sonolência excessiva e dificuldade para exercer atividades laborais e cotidianas, dentre outras situações, foram citadas nas pesquisas analisadas. Quando essa relação não é preenchida pela aversão, ela aparece como ambivalente, como apareceu nas entrevistas realizadas por Souza (2018) com cinco usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se incomodaram com os efeitos colaterais das medicações nos seus corpos, mas também temem não tomá-las pois não querem vivenciar os sintomas que advêm dessa ausência. Compreendo essa situação como uma ideia de normalização do uso da medicação, com uma “absorção involuntária” de que é preciso fazê-lo, e o fazem, mas sem crítica do que são esses incômodos e esses receios.

Também observo que o modelo hegemônico da medicina e da psiquiatria não favorece que esses sujeitos indaguem e/ou passem a refletir sobre tais elementos que permeiam suas vidas e projetos terapêuticos, ou quiçá saibam que podem deles se apropriar. Nas pesquisas analisadas, alguns usuários referem que as medicações lhes fazem bem, e ajudaram em algum aspecto das suas vidas, mas foi perceptível que quando isso ocorre, falamos de pessoas que têm uma rede de apoio consolidada, efetiva, e acesso a serviços de saúde onde conseguem sanar suas dúvidas em torno das medicações e são atendidos com profissionais que abrem espaços para diálogos e apostas. Medeiros (2018), por exemplo, realizou estudo com 13 usuários inseridos na Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (ABRATA), em São Paulo. Apesar de não ser um ponto de atenção consolidado na RAPS e de modo diretivo, tal pesquisa foi mantida na análise desta revisão pela diversidade dos itinerários

de cuidado citados pelos participantes. O contraponto que me proponho a fazer é sinalizar que tais sujeitos pertenciam desde uma população de baixa classe média (com pouco mais de um salário-mínimo) a outras camadas mais elevadas como baixa e alta classe alta (com 4 a 15 salários-mínimos). Nessa pesquisa, um dos sujeitos entrevistados discorre sobre sua relação com seu psiquiatra, afirmando a possibilidade de boas negociações com o mesmo, pois antes de alterar alguma dosagem ou medicação, tal profissional lhe perguntava o que ele achava dessa mudança, colocando-o como protagonista e sujeito do próprio tratamento. O usuário em questão, inclusive, nomeia tal situação, de modo lúdico, afirmando que não vai em consultas com o psiquiatra, mas sim “vai negociar drogas” com ele (p. 108).

Essa realidade, no entanto, não é vivenciada pela maioria da população brasileira, em especial por aqueles que mais necessitam de cuidados e que estão mais vulnerabilizadas. As consultas médicas são alvos de críticas, em especial com psiquiatras, algo evidenciado por Souza (2018), em que os usuários referem ausência de espaço para falar de si nas consultas e de como se sentem no cotidiano, com ou sem associar ao uso de medicações.

Outro aspecto a ser pontuado, é que a presente revisão se deparou com situações em que os usuários frequentavam o serviço apenas para administração de medicação e/ou renovação de receitas, sem atendimentos propriamente dito, seja em hospitais, clínicas e consultas particulares, nos CAPS ou nas UBS/USF. Muitos familiares e usuários mencionam desassistência e falta de resolutividade, atendimentos pontuais e centrados na intervenção medicamentosa e o não reconhecimento das suas necessidades (CORRÊA et al., 2011).

As críticas em torno do tratamento que os usuários e familiares recebem não se esgotam apenas nos profissionais médicos, mas ocorrem também em relação a outras categorias que estão associadas à prática do cuidado em saúde mental. Santos e Kind (2022) destacam a desumanização dos profissionais e a necessidade de qualificação, especialmente sobre a população alvo de seu estudo: pessoas que sofrem com ideação suicida ou que já tentaram suicídio. Discorrem a respeito das reações negativas dos profissionais ao atenderem esse público, caracterizadas por "atitudes ameaçadoras ou de julgamentos que não contribuem para a prevenção e o tratamento do comportamento suicida" (p. 6). Essas autoras também realizaram entrevistas com profissionais, que mencionaram a sobrecarga no trabalho, uma grande e diversa demanda e a angústia que sentem frente a esses casos, justamente por não se sentirem despreparados para o manejo. As autoras, portanto, indicam a necessidade de espaços de discussão e Educação Permanente nos serviços, além de articulações com outros serviços da rede para pensar um cuidado compartilhado e multiprofissional.

Uma discussão pertinente e que se fez aguçar nas minhas reflexões diante das leituras que envolviam esse recorte *fármaco-centrado* e minha prática profissional, é a ideia de retorno à "normalidade" através do uso da medicação. Uma expectativa, em especial da rede social de apoio e/ou familiares, a respeito do usuário que, com o uso das medicações, pode voltar a ser "normal" e "funcional". No cotidiano dos serviços de saúde, sejam eles hospitalares, de urgência e emergência ou territoriais, expectativas como essa são muito frequentes. É preciso que, enquanto profissionais de saúde, possamos acolher esses familiares e inclusive os usuários diante dessas expectativas, explicar sobre o curso da doença e, também, do uso das medicações. A proposta, no modelo psicossocial, é também podermos construir um novo conceito de normalidade para esses indivíduos, diante do que é possível dentro dos seus desejos, repertórios de vida e imaginários sociais, políticos e culturais.

Pesquisa de Corrêa et al. (2011), realizada em Cuiabá (MT) com uma família que vivencia a condição crônica de sofrimento psíquico de um de seus membros, uma idosa de 72 anos, apontou que a usuária fez uso de tantas medicações ao longo de vinte anos, que não se sabia mais diferir quais sintomas apresentadas por ela estariam relacionados ao seu adoecimento ou aos efeitos colaterais dessas substâncias, repercutindo em uma maior dificuldade em diagnosticá-la e em ofertá-la um tratamento mais efetivo.

É relevante considerar que a identidade construída no percurso de vida desses sujeitos, com diagnósticos e/ou com o uso de medicações, vai sendo elaborada e enraizada por tais aspectos, e não sabemos ao certo se, e o quanto, eles serão propulsores ou limitadores em suas vidas (MILHOMENS; MARTIN, 2017). As autoras também atentam para os relatos relacionados às medicações como algo que atrapalha o cotidiano devido aos efeitos colaterais, como a dificuldade de locomoção, na fala, atenção e o sono excessivo, sintomas esses que dificultam ou até impossibilitam a participação nos espaços de convívio social. Também acrescento o efeito físico e simbólico que as medicações podem ter na limitação da possibilidade dos indivíduos construírem seus repertórios e estratégias de cuidado consigo mesmo, de reflexão crítica sobre o contexto do adoecimento, sobre o processo de agudização e/ou cronificação desses sintomas, os significados do sofrimento psíquico para si, e a criação de mecanismos possíveis para lidar com eles, numa proposta de ressignificá-los, e se fortalecerem através deles e com eles.

Ivan Illich (1975) indicou, numa crítica contundente contra a medicina moderna, três tipos de iatrogênese: 1) Clínica: constitui-se nos danos causados pelos cuidados de saúde, ou seja, o ato médico, diagnóstico e terapêutico; 2) Social: refere-se à medicalização da vida e seu

efeito social prejudicial e não desejado, produtor de uma desarmonia entre o sujeito e a coletividade. Este fenômeno pode resultar na diminuição da autonomia nas ações e no controle do meio, e pode contribuir para a transferência da responsabilidade pela saúde das pessoas às instituições médicas; 3) Estrutural/Cultural: abrange o uso ilimitado da medicina e a perda do potencial cultural dos indivíduos para lidar de forma autônoma com as situações de enfermidade, sofrimento, dor e morte. O ponto crucial aqui é entender que “os três níveis de iatrogênese comprometem a autonomia dos indivíduos, que se tornam dependentes do saber de especialistas para o cuidado de sua saúde”, conforme assinala Tabet et al. (2017, p. 1188).

Tesser (2006, p. 61) resume:

“A medicalização transforma culturalmente as populações, com um declínio da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas. Isso desemboca num consumo abusivo e contraprodutivo dos serviços biomédicos, gerando dependência excessiva e alienação. Vista pelas idéias de Fleck, ela é a previsível conseqüência da socialização forçada e acelerada do estilo de pensamento biomédico (centrado no controle, nas ações e interpretações heterônomas) para contingentes populacionais pouco modernizados, pluriétnicos e multiculturais, como a maioria da população brasileira.

Não pretendo aqui esgotar e abordar essa discussão com profundidade teórica, pois me proponho a (d)escrever e (insc)rever os itinerários terapêuticos e ancorá-los em possíveis discussões críticas considerando contextos sociais, políticos, econômicos e culturais, e apresentando possíveis correlações e atravessamentos.

Reconhecemos a importância da medicação enquanto recurso presente nos itinerários terapêuticos, e que produz contornos interessantes no manejo clínico e no cuidado aos indivíduos, a exemplo de quando reduz situações de risco para os usuários e pessoas ao seu redor e intensificação do sofrimento psíquico. Mas é preciso sermos críticos ao uso em excesso e como única estratégia terapêutica possível, como atentam Carneiro, Aquino e Jucá (2014). E penso que a premissa também deve ser verdadeira com relação aos usos dos diagnósticos. Conforme Carvalho et al. (2015), faz-se relevante compreender o fenômeno da medicalização e patologização do sofrimento no contexto da ordem capitalista e neoliberal, onde “problemas sociais passaram a ser cada vez mais medicalizados” com o intuito de interferir e interditar a ação independente e racional dos seres humanos sobre sua própria produção de saúde (p. 1253).

Deriva daí a posição de que os indivíduos deveriam afirmar e conquistar sua autonomia, lutando contra o poder médico e de outras categorias de profissionais de saúde. Em contraposição à perversidade daqueles (“médicos” e suas instituições) que buscam ditar os rumos da vida dos

pacientes, são sugeridas ações de resistência objetivando a desmedicalização das relações sociais (p. 1253).

Encerro essa seção com a humildade de ter mais questões do que respostas na formulação desse debate. O que eu reflito e analiso em torno das apostas médicas está muito mais fundamentado pela minha prática profissional do que acadêmica. E a medicalização é sem dúvidas um fenômeno social complexo e que está para além do escopo dessa dissertação. E por isso acredito na potência da micropolítica do cuidado, essa que diz respeito ao que construímos no cotidiano dos serviços e na maneira como conectamos e imbricamos diversas tecnologias e estratégias, de modos inventivos e criativos, sem subjugar as distintas especialidades que compõem as equipes de saúde, mas absorvendo o que cada uma delas pode acrescentar para além dos saberes e práticas médicas e outros paradigmas hegemônicos, promovendo reflexões críticas ao longo dos processos de cuidado, sobre os fármacos, autonomia e arranjos de vida possíveis.

6 O INÍCIO DE UM PERCURSO COMUNITÁRIO, AINDA QUE FORMAL

Caminhamos agora para um novo cenário desta pesquisa, este que considero mais territorial e mais comunitário, mesmo que ainda pertença ao âmbito do sistema de saúde formal. E entendo dessa maneira, não apenas porque a política assim nomeia tais serviços e os considera como “de portas abertas”, mas porque eles se aproximam mais da vida dos sujeitos os quais essa pesquisa se propõe a colocar em evidência. Ou seja, não são apenas as portas que passam a abrir, mas sim todo o conjunto de atributos que compõem e orientam o fazer desses serviços.

Nessa nova paisagem, existem dois serviços que se evidenciam: os CAPS e as USF. Os primeiros surgem no contexto de redução progressiva dos leitos dos hospitais psiquiátricos e de qualificação e fortalecimento da rede extra-hospitalar. A proposta passa a ser compor uma rede de serviços, intitulada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com diversos pontos de atenção que se articulam entre si. As UBS ou USF, por sua vez, são unidades que compõem essa rede, e estão localizadas mais próximas de onde as pessoas vivem, nos seus bairros, onde residem suas famílias e/ou redes sociais de apoio. São unidades próximas ao bar em que se passa horas do dia, à barraca onde se compra cigarro ou jornal, aos mercadinhos em que se tem (ou não) uma ‘conta pendurada’. São lócus de produção de vida, onde há moviment(ação).

6.1 Rotas que se aproximam dos serviços territoriais e regionais

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem como um de seus objetivos, a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às situações de urgências (BRASIL, 2017). Uma das suas diretrizes é a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares. Os serviços que se aproximam dessa lógica localizam-se na Atenção Primária à Saúde (APS), e também na Atenção Especializada, como é o caso dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS são os serviços estratégicos compatíveis com os princípios da Reforma Psiquiátrica, que prezam pelos processos de desinstitucionalização e reinserção social dos

sujeitos. Contudo, ainda não são suficientes para a cobertura da demanda de saúde mental nas mais diversas realidades do país (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011). Nesse cenário,

A Estratégia Saúde da Família (ESF), tomada enquanto diretriz para reorganização da Atenção Básica no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), tornou-se fundamental para a atenção das pessoas portadoras de transtornos mentais e seus familiares; com base no trabalho organizado segundo o modelo da atenção básica e por meio ações comunitárias que favorecem a inclusão social destas no território onde vivem e trabalham. (CORREIA et al., 2011, p. 1502)

Uma das estratégias adotadas para incluir a saúde mental na Atenção Primária é o matriciamento ou apoio matricial, que consiste em “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (ref, p.) a fim de ampliar e qualificar as ações da atenção básica. Para isso, a participação dos diferentes profissionais da atenção primária é essencial para que o matriciamento alcance seu objetivo de ampliação da oferta do cuidado e da integralidade (CHIAVERINI, 2011, p. 13).

No processo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos. Esse apoio matricial, formulado por Gastão Wagner Campos (1999), tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária (p. 13).

Entretanto, ainda há muito a ser implementado e fortalecido para avançarmos na construção de uma rede de atenção psicossocial que tenha essas articulações como algo solidificado e operando no sentido do território, com corresponsabilização entre os serviços e integralidade das práticas (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011). É a partir disso que também apostamos no cuidado em saúde mental com o que já é realizado na Atenção Primária, a partir de tecnologias e eixos condutores desse modelo de cuidado: o acolhimento; o vínculo; a aproximação com os contextos de vida das pessoas a partir dos atendimentos e visitas domiciliares; o engajamento das equipes no cotidiano da comunidade nas atividades de promoção e educação em saúde; a realização de buscas ativas dos usuários e famílias para o acompanhamento longitudinal; a importância que se dá à melhoria das condições de vida dessa população.

Entendo que esse momento da pesquisa nos aproxima da realidade na qual as pessoas vivem, essas mesmas pessoas que estão adoecidas e/ou em sofrimento psíquico, mas que também podem ter suas famílias, seus trabalhos, uma rede de apoio próxima, lugares que

frequentam e práticas de cura que realizam para si e/ou para os outros. E nesse cenário temos, na maioria dos casos, uma equipe capilarizada, seja ela nos moldes de uma equipe de Saúde da Família, ou de Atenção Básica, e nas distintas modalidades a depender da localização territorial e contingente populacional.

A Atenção Primária esteve muito presente nos estudos selecionados para essa revisão, seja nos itinerários dos sujeitos participantes, seja na discussão proposta pelos autores, inclusive ao questionarem a ausência desses serviços nesses percursos de cuidado, quando assim acontecia.

Oito estudos foram realizados em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e três em Unidades de Saúde da Família (USF), além de outros três que tiveram a comunidade como cenário, a exemplo de um bairro popular de Águas Lindas de Goiás/GO (SILVA, 2017), uma comunidade indígena em João Câmara-RN (GUEDES, 2022) e uma quilombola em Pernambuco/PE (ACIOLE; SILVA, 2021). Nessas três comunidades a APS aparece de distintas formas, seja nos percursos de cuidado com acesso a diversos recursos ali disponíveis, seja enquanto ocupação laboral de uma das participantes como Agente Comunitária de Saúde (ACS).

Aproveito o ensejo para trazer a relevância dessa categoria profissional na nossa proposta de cuidado territorial, próxima dos sujeitos e que têm a potência de conhecer e reconhecer suas vulnerabilidades, processos de adoecimento, mas também suas potências de vida. Os ACSs surgiram em 1991, a partir da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde do Brasil. Em 1994 nasceu o Programa de Saúde da Família (PSF), com a intenção de fortalecer o PACS, reorientar e substituir os modelos tradicionais de atenção à saúde, buscando novas alternativas à perspectiva biomédica, e colocar a família e a comunidade como foco central do programa (BRASIL, 2021).

Os agentes comunitários atuam como intermediários entre as equipes de saúde e a comunidade e exercem um papel importante dentro da equipe multiprofissional. Além de atuarem no local onde se inserem, lançam mão de conhecimentos técnicos e populares para promover atendimento e assistência à população, tendo em vista a possibilidade de resgate e valorização do saber popular e provocando a vinculação das famílias às unidades de saúde (SOUZA, 2004).

Almeida (2010) apresenta a história de duas irmãs que tinham vínculo com a Atenção Primária, mas em especial com as ACS, que as auxiliavam na marcação de consultas e renovação de receitas, realizavam visitas domiciliares e, em virtude da dificuldade e vulnerabilidade familiar, as levavam ao médico. A autora reconhece a importância da Estratégia

de Saúde da Família e do agente comunitário no seu trabalho como intermediador entre os usuários e os recursos da saúde (agendamento de consultas, visitas do NASF, busca de medicamento), como já apresentado acima.

No que diz respeito aos demais profissionais e recursos disponíveis na Atenção Primária, encontramos as visitas domiciliares por distintos profissionais; a administração e dispensação de medicações; exames e consultas (com ênfase nas realizadas por profissionais médicos, seguidos da enfermagem); as renovações de receitas; as atividades coletivas e grupos; e o atendimento por profissionais do NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família), a maioria referindo-se à psicologia e fisioterapia. Menos citados que estes, houve aparição das Práticas Integrativas e Comunitárias em Saúde (PICS), nos estudos de Aciole e Silva (2021), que enfocam os cuidados não biomédicos e em Guedes (2022), que menciona o uso da acupuntura por um usuário; o apoio matricial foi abordado em Costa (2016) e Sousa (2017); e a atenção às situações de crise em Gomes (2014).

A chegada desses usuários nos CAPS, quando ocorreram, se deu mediante o encaminhamento. Para alguns, o encaminhamento foi algo resolutivo, mas para outros sequer foi algo desejado. Muitos participantes relatam a preferência pelo acompanhamento nas UBS e USF pela proximidade do seu território e/ou pelo estigma de CAPS como “lugar de maluco”. Chegaremos a esse último ponto mais à frente. O aspecto que me provoca aqui são esses tais “encaminhamentos”. Diante da minha prática, me pergunto como eles são feitos e qual o intuito deles. Seria de fato uma tentativa de compartilhar o caso e buscar o serviço que melhor pode atender esse usuário, de uma maneira integral e longitudinal? Ou uma tentativa de “passar” a responsabilidade para outros profissionais?

Alguns autores já apontaram, na literatura nacional, a dificuldade dos profissionais da APS no acompanhamento de saúde mental no território. A atuação médica ainda prioriza os medicamentos (PEREIRA; ANDRADE, 2018), a enfermagem também demonstra dificuldades em realizar ações de promoção à saúde mental, atividades grupais e escuta ativa (MERCES et al., 2018; SILVA et al., 2018). Confirma-se que esses profissionais que atuam diretamente com os indivíduos e suas famílias não possuem uma adequada base teórica e prática que lhes proporcionem segurança para lidar com os casos de saúde mental, o que justifica, por exemplo, a quantidade de encaminhamentos que os CAPS recebem da APS, em especial daqueles que não precisavam ser atendidos em um serviço destinado aos casos que apresentam maior gravidade ou complexidade. Eles entendem que o encaminhamento para o Centro de Atenção Psicossocial ou o hospital é a conduta adequada para promover a assistência em saúde mental

na Atenção Primária (ROTOLI et al., 2019). Acontece que esses encaminhamentos compõem os itinerários terapêuticos das pessoas, quase que como uma linha em zigue-zague, de idas e retornos e perambulações pelo sistema formal, em busca de um cuidado que, enfim, se adeque e responda às suas demandas.

Ao ser abordado nos CAPS, muitas vezes com uma guia de referência e contrarreferência, ou um encaminhamento verbal, o usuário não é atendido e lhe indicam um retorno à APS para uma nova tentativa. Sim, fazemos isso cotidianamente. Assumo aqui, inclusive, por ser uma profissional que se depara e conduz tal prática em diversas situações. Mas não com pouca crítica, a meu ver. E tampouco sem apostar nas articulações com a APS, efetivando-as com ligações e discussões de caso, e não apenas com um papel. Como apontei, temos uma sobrecarga legítima nos CAPS, em termos não apenas estruturais como de recursos humanos, e também de trabalho para cada profissional. Atender a nossa real demanda é, por si só, um trabalho que requer atenção e tempo, seja para o atendimento em si, para as articulações que assim se sucedem, para pensar um Projeto Terapêutico Singular com o sujeito e, ainda, envolver a família e/ou rede de apoio e o território. E por ser um serviço de portas abertas, a demanda não cessa. As pessoas chegam nos CAPS para acolhimento inicial a todo momento.

Outro fator limitante se dá pela ausência de discussão sobre as portas de saída deste serviço, possibilidades de alta que envolvem a vida no território e acompanhamento integral em outros serviços da rede intra e intersetorial. Esse é um outro tema, o qual não me aprofundarei nesse manuscrito, mas acredito na importância de mencioná-lo. Há uma sobrecarga nítida nos trabalhadores do SUS, sejam do CAPS, ou da APS. E, o baixo investimento na implantação de serviços que compõem a rede de atenção psicossocial, na proposição de uma composição mais robusta dessas equipes, e as deficiências identificadas na APS são fatores que se somam e despertam grande preocupação. Essas fragilidades sugerem importantes limitações, que vão desde o acesso, até a reprodução de um modelo de atenção ultrapassado (ou que deveria ser). Modelo esse que favorece a manutenção do “estigma da loucura” e a piora dos quadros clínicos, incluindo o aumento na ocorrência da medicalização e das internações (SANINE et al., 2024).

E o que me chama a atenção nas inúmeras narrativas de vida das pessoas é essa ostensiva itinerância entre esses serviços, e a visível produção de sofrimento causada por essas perambulações. A proposta do cuidado não é esse ir e vir do sujeito numa busca de cuidado incessante e sem resolutividade, ou na escolha de um serviço em detrimento de outro. A premissa aqui é pensar o acompanhamento da APS para quaisquer casos, e uma articulação com

o CAPS para os devidos casos, se posso assim dizer. Além de diversas outras instituições, práticas e saberes que podem se somar nesses caminhos.

Entendemos que os CAPS são serviços estratégicos da atual Política de Saúde Mental e destinados a dar contorno às situações de crise, impedindo internações e auxiliando o usuário na sua reinserção social e cidadã. No entanto, como já abordamos, eles não são suficientes para atender às demandas de sofrimento psíquico, que têm aumentado consideravelmente nos últimos anos. A desativação dos leitos e a redução dos atendimentos ambulatoriais dos hospitais psiquiátricos desencadearam maior demanda aos demais serviços da RAPS (SAMPAIO; BISPO JUNIOR, 2021). Contudo, apesar dos movimentos de expansão e articulação da rede, os serviços disponíveis não se mostraram suficientes para abarcar as necessidades dos usuários. Pesquisa de Fernandes et al. (2020) realizou um estudo longitudinal retrospectivo da oferta de serviços de assistência à saúde mental no Brasil, no período de 2008 a 2017, e criou e utilizou o Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS), considerando-se a parametrização legal dos serviços. Os autores verificaram o avanço da oferta dos serviços comunitários no país, à medida que se reduziram os leitos asilares. No entanto, também constataram a restrita cobertura dessas unidades, e que apenas 7,9% das cidades brasileiras apresentam cobertura assistencial total da RAPS, equivalente apenas a 6,69% da população nacional. Somado a isso, também evidenciaram que o avanço dos serviços comunitários ocorreu de forma não homogênea entre as localidades.

E o que posso dizer sobre os CAPS a partir dessa revisão? Dos 39 estudos analisados, 23 foram realizados nesses serviços⁹. E, apenas quatro não os citaram como componente presente nos itinerários terapêuticos dos participantes, apesar de terem sido realizados em municípios que possuíam tal dispositivo na sua rede de saúde (SILVA, 2008; CORRÊA et al., 2011; SILVA, 2017; ACIOLE; SILVA, 2021).

Estudo de Cardoso, Oliveira e Piani (2016) aponta o CAPS como o serviço mais procurado da rede formal após os hospitais. Cardoso et al (2017) corroboram com tal informação e ressaltam que os usuários participantes expressaram dificuldade no acesso ao CAPS e perambulação por diversos outros pontos da rede de saúde até chegarem nele. No estudo de Rodvalho e Pegoraro (2020), o CAPS também não aparece como o primeiro serviço acessado pelos usuários em busca de cuidados, mas sim após encaminhamento por outros

⁹ Santos e Kind nomeiam como CERSAM (MG) e Mângia e Yasutaki, 2008, como NAPS (SP). No entanto, de acordo com o CNES, ambos os serviços estão cadastrados como Centros de Atenção Psicossocial no campo “Tipo de Estabelecimento”.

pontos de atenção (hospital psiquiátrico, unidade de urgência e emergência, atenção básica, equipamentos da educação). Bandeira e Onocko-Campos (2021) percebem que, mesmo após a implantação dos CAPS nos municípios, muitos usuários iniciam seus percursos na saúde mental após vivenciar pelo menos uma internação.

Em Barreto (2009), uma familiar participante do estudo questionou o fechamento dos hospitais psiquiátricos sem a devida estruturação da rede de assistência para situações de crises ou para usuários com quadros mais graves, que oferecem resistência em aderir às propostas dos serviços substitutivos/alternativos. Rocha et al (2021), em estudo de nível nacional, a partir de ampla base de dados, revelaram que o protagonismo do hospital foi diluído ao longo dos anos de 2000 a 2014, mas sem uma ruptura completa com o modelo que alimenta o parque hospitalar ainda existente no Brasil. Furlan et al. (2009) discorrem, a respeito do contexto italiano, mas que também se assemelha ao Brasil, sobre os sistemas de saúde em que a rede comunitária coexiste com os hospitais psiquiátricos. E esse é o cenário brasileiro, que conforme apontamos, ainda tem muito a avançar no que diz respeito ao fortalecimento da RAPS. O empuxo manicomial, ao qual já me referi anteriormente, se faz presente também nesses serviços territoriais e comunitários, mas de modo diluído nas práticas, condutas e no discurso. Três estudos citaram a utilização do recurso do acolhimento noturno em CAPS tipo III (COSTA, 2020; SOUZA, 2017; MÂNGIA; YASUTAKI, 2008), mas dois deles me chamaram atenção: no primeiro, o usuário esteve 40 dias no leito de atenção à crise da unidade, o que não é coerente com os princípios da RPB, além de nomear tal recurso como “abrigo”. E o segundo, nomeia-o como “internamento”.

A Portaria nº 854/2012 (BRASIL, 2012, p. 1), define acolhimento noturno como

Ação de hospitalidade noturna realizada nos CAPS como recurso do Projeto Terapêutico Singular de usuários já em acompanhamento no serviço, que recorre ao seu afastamento de situações conflituosas e vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimento decorrente de transtornos mentais - incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário. **Não deve exceder o máximo de 14 dias** [grifo próprio].

Andrade (2012) assinala uma fragilidade na rede ao tratar do acolhimento e do agenciamento do usuário em crise e diz que é um dos atuais impasses dos CAPS, visto que nem todos dispõem de serviços 24h com leitos e profissionais preparados para receber os usuários que deles necessitem. Em estudos como o de Surjus e Campos (2011), realizado em CAPS III, os usuários participantes referiram sentir-se mais seguros em poder ter acesso ao leito do

acolhimento noturno nos CAPS e com profissionais os quais já possuem vínculo (SURJUS; CAMPOS, 2011).

Os CAPS possuem muitos entraves e dificuldades, e os usuários e familiares são aqueles que sentem isso no dia a dia, no momento em que recorrem aos serviços. As críticas mais comuns encontradas nos estudos analisados foram a demora na consulta com psiquiatra (COSTA, 2016); a negação dos usuários em relação ao CAPS por o visualizarem como “lugar de maluco” (BARRETO, 2009); o alto número de abandono de tratamento e descontinuidade do cuidado, o que culmina em crises e internações hospitalares; as falhas na construção de PTS e na escuta clínica; o foco nos procedimentos médico-centrados; a inserção de forma ambulatorial; os encaminhamentos para UBS que não se concretizam e o usuário fica sem acompanhamento ("gap" entre serviços); e a distância da sua residência, ou a não implantação no seu município de moradia, precisando se deslocar para outra cidade em busca da atenção especializada (BANDEIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2021).

Em estudos como o de Moraes e Zambenedetti (2021) e Souza (2018), o CAPS localizava-se distante dos usuários, e por isso as idas ao serviço eram reduzidas e/ou havia pouca vinculação. Em Ferreira (2020), o CAPS não fazia parte da RAPS do município, em virtude do baixo contingente populacional, e os usuários acessavam o CAPS de outro município de maneira isolada e pontual.

As pesquisas também citaram as atividades coletivas que ocorrem nos CAPS, recursos esses pertinentes à promoção da saúde e manutenção dos laços sociais, e que podem auxiliar no desenvolvimento de habilidades, reinserção social e fortalecimento da autonomia. No entanto, conforme Carneiro, Aquino e Jucá (2014) apontam, elas nem sempre são terapêuticas e requerem atenção na maneira como são propostas e conduzidas. Alguns usuários também relataram não se sentirem bem nos grupos e oficinas, e mencionam abordagens que não dialogavam com seus desejos e não promoviam participação social para além do lugar de incapacitado e infantilizado (MILHOMENS E MARTIN, 2017). Yasui e Costa-Rosa (2008) discorrem sobre as práticas dos profissionais de saúde que tendem gerir o cotidiano dos serviços e agir sobre recortes cada vez mais distantes da realidade daqueles sujeitos, invalidando a capacidade dos usuários de pensarem seus cotidianos, refletirem sobre seu próprio tratamento e, em última instância, gerirem sua própria existência. Tratam da infantilização diante do seu próprio processo de adoecimento (YASUI; COSTA-ROSA, 2008), e, especialmente, de vida.

Também foram muitos os elogios e a sensação de pertencimento dos participantes nesses serviços, reconhecendo o CAPS como um local onde conseguem conversar, e se sentem

acolhidos e compreendidos em torno das suas subjetividades. Também foi possível ler casos de pessoas que sentiam prazer ao compor um grupo e se identificar com os depoimentos de outras participantes e perceber que não estavam sozinhas (GOMES, 2014). Um outro usuário inclusive nomeia o CAPS como ‘centro das atenções’, pois tem a ideia de ser o local onde ele recebe atenção para si (ROSSETTI, 2019, p. 80).

Ao localizar os CAPS como serviço de acompanhamento, foram citados diversos recursos disponibilizados, como atendimentos individuais com psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiros, assistentes sociais e pedagogo; acompanhamento por uma equipe multiprofissional; acesso a medicamentos; atividades coletivas, oficinas e grupos; atividades extra-muros acompanhadas pela equipe; grupos com familiares e visitas domiciliares.

Apenas em três estudos o CAPS aparece como lugar de atenção à crise, em detrimento da atenção hospitalar. Os atendimentos com psiquiatra, prescrição médica e administração ou dispensação de medicação foram os mais citados pelos estudos e, ao citarem a Enfermagem enquanto categoria profissional que realizava os atendimentos, também estavam voltados para a medicação. Em menor número, poucos estudos citam articulações com os usuários no auxílio à obtenção de uma atividade laboral, obtenção de benefício social e elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS). Conforme Souza (2017) aponta, prevalece, ainda hoje, a procura por hospitais psiquiátricos e medicamentos psicotrópicos, situações que acalmem a pessoa adoecida e minimizem sinais e sintomas.

O que eu pretendo trazer aqui, nesse capítulo, é o entendimento dos CAPS como locais de relevância para a Atenção Psicossocial, mas que não devem se encerrar em si próprios. Mângia e Yasutaki (2008) notaram que a chegada nos serviços de saúde mental implicou, por si só, uma ruptura nas atividades cotidianas dos usuários e a perda de seus papéis sociais. Isso se dá não apenas pelas trocas de papéis dentro do meio familiar e/ou da rede de apoio, como também pela ideia de condição de “sujeitos enfermos” e que ficam restritos aos serviços de saúde, neste caso, os CAPS, por serem centrais e efetivos no acompanhamento de pessoas com transtornos mentais. Como as autoras complementam, isso também

(...) ocorre pela **tendência dos serviços em totalizarem a vida da pessoa, seja por meio de internações, seja pelos longos períodos em tratamento intensivo nos serviços abertos**. Ao privarem a pessoa de exercer seus papéis sociais, que conferem sentido à vida por conectá-la ao mundo, os serviços acabam por produzir um efeito oposto ao esperado pelo processo de promoção da saúde. Os longos períodos de tratamento, reforçados pelo uso indiscriminado de fármacos, utilizados no controle dos sintomas, parecem extinguir a vitalidade dos sujeitos. **Se a enfermidade já é vivida como a perda de um lugar, os serviços de saúde, muitas vezes, intensificam o desenraizamento do indivíduo** (p. 66, grifos próprios).

Um dos temas da dissertação de Andrade (2012) intitula-se “experiências dos itinerários terapêuticos”, e “aborda as experiências vividas dos usuários no que se refere ao processo de adoecimento e de busca pela ‘cura’ nos diferentes modelos de atenção em saúde mental, por assim dizer, o modelo asilar e o modelo psicossocial (p. 74). Ao me deparar com este tema e sua narrativa, percebo que a discussão gira em torno do CAPS e dos Hospitais Psiquiátricos, apontando para uma redução do conceito de itinerário terapêutico, como se tratasse apenas dos serviços formais de saúde. Acredito e defendo os CAPS enquanto serviços de referência às demandas de saúde mental, mas não de modo totalizante e único, e sim como parte de uma rede que se forma na comunidade, também com os saberes populares e práticas culturais.

Outro estudo que tende a essa perspectiva anterior tem a seguinte categoria de análise: “CAPS como sentido de vida” (PEREIRA, 2010, p. 110). Me lanço a fazer uma provocação a tal título, pois me soa uma ideia institucionalizante e totalizante visualizar o CAPS como um local que proporcione ‘sentido de vida’ a algo ou alguém. Podemos visualizar o CAPS como um serviço potente, que tem como premissa propor a produção de cuidado em liberdade e com uma proposta de olhar não apenas o sujeito, mas também todo o seu contexto social, econômico e político. Mas isso não faz com que esse serviço sobreponha a importância do território e da vida afora. É na comunidade que a vida faz sentido ou, ao menos, pode fazer. É no território que se pode produzir sentido de vida. Falamos de vidas e subjetividades e, a meu ver, não cabem generalizações e afirmações que se encerram em si mesmas. Como Yasui diz, “o cuidado não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores” (YASUI, 2006, p. 103)”. E acrescento também que a efetivação do cuidado não acontece de apenas uma forma, mas inúmeras, e com diversos atravessamentos da ‘vida real’ e do cotidiano no contexto de uma sociedade capitalista e neoliberal, movida por relações baseadas na lógica do mercado e que tem na produção de capital seu alicerce, em detrimento da saúde e do bem-estar da população. A lógica neoliberal tem sido absorvida pela saúde pública e repercute massivamente nos modos como as pessoas tecem suas redes de cuidado (BARROS; BERNARDO, 2017). Assim, convido-os para uma discussão que localiza, de maneira mais contundente, os itinerários terapêuticos nos contextos sociais, econômicos e políticos.

6.2 Caminhos atravessados por marcadores sociais e processos de vulnerabilização

Até o presente momento, identificamos que os itinerários de cuidado englobam diversas complexidades e demandam uma análise abrangente do contexto socioeconômico e político em que a população se encontra inserida. Esta consideração é pertinente não apenas em relação à variedade de serviços, práticas e conhecimentos disponíveis, mas também à sua distribuição geográfica. Ademais, abrange as oportunidades e barreiras de acesso, os fatores que influenciam no ir e vir das pessoas, e como esses elementos podem contribuir para o aumento do sofrimento.

Gerhardt (2006) situa as perspectivas sobre os Itinerários Terapêuticos no campo da Saúde Coletiva, sem desvinculá-las das discussões sobre desigualdade social e diversidade cultural, e da maneira como elas atravessam a busca por cuidado. Já aponte aqui que é no território e na comunidade que esses caminhos tomam forma, mas cada contexto possui características e especificidades próprias, e não é possível omitir isso nesse manuscrito, e tampouco me furtarei disso. A discussão sobre os ITs também requer consciência crítica sobre os modos de existência das populações e que envolvem realidades econômicas e sociais que afetam e formatam toda uma estrutura de vida, a maneira como pensam, e inclusive como adoecem e/ou como vislumbram o conceito de saúde na prática.

Alguns estudos que compuseram essa revisão, felizmente, trouxeram essa discussão para a cena, de modo correlacionado aos relatos de vida e percursos trilhados pelos sujeitos e familiares. Outros não trouxeram o debate, mas suas narrativas e histórias apontam situações de vulnerabilidade social, violências de gênero, racismo e demais situações que são produtoras de distintas expressões do sofrimento.

Dentre os estudos que trazem o debate, o de Acirole e Silva (2021) foi o único que abordou a saúde da população negra e correlacionou as condições de vida dessa população com o sofrimento psíquico, indicando os marcadores sociais da diferença que atravessam as pessoas e produzem iniquidades em saúde. Brah (2006) cita raça, gênero, classe, religião, sexualidade, nacionalidade, geração, entre outros que atuam como marcadores da diferença social. Ela parte do entendimento de que o sujeito é um ser social e culturalmente constituído de tramas discursivas que envolvem esses marcadores à medida que se relaciona com o outro, e conseqüentemente, consigo mesmo a partir dessa relação com o outro, constituindo assim corpos e identidades coletivas (MELO; MALFITANO; LOPES, 2020). Estas categorias se inter-relacionam e proporcionam uma compreensão mais aprofundada da dinâmica entre

diferenças e desigualdades. Elas ilustram como tais variáveis são construídas socialmente e como proporcionam a existência de diversas formas de ser e existir no mundo, assim como a possibilidade, ou não, de elaboração de projetos de vida.

Alguns itinerários dos participantes dos estudos, em especial das mulheres, eram marcados por violências - de gênero, doméstica, sexual, moral, psicológica e intrafamiliar (BARRETO, 2009; CARVALHO, 2015; ROSA, 2016; MEDEIROS, 2018; SOUZA, 2018; ROSSETI, 2019; COSTA, 2020; ACIOLE; SILVA, 2021; GUEDES, 2022). Nesses contextos, elas geralmente não conseguiam construir projetos de vida. Se sentiam impotentes, descreditavam da possibilidade de não viverem atravessadas por isso e pelo medo, e demoravam a procurar suporte, quando o faziam (BARRETO, 2009). Gomes (2014) também apresenta histórias de sofrimento associadas às relações com homens agressivos, etilistas e que tinham relações extraconjugais, e que esse cenário produzia ansiedade, medo, pensamentos suicidas e até mesmo homicidas nessas mulheres. Souza (2018) e Costa (2020) contam sobre mulheres que sofreram violência física durante a gestação e que desenvolveram intenso quadro de sofrimento pós-parto. Na narrativa apresentada pela segunda autora, essa angústia produziu rejeição em relação à filha após seu nascimento, chegando a eventos onde a agredia fisicamente, produzindo sofrimento na filha. E, após algum tempo, a filha sofreu um abuso sexual por parte de um familiar e teve considerável piora no seu quadro psíquico. Medeiros (2018) também amplia o leque das violências contra o corpo das mulheres ao abordar aquelas que perpassam desde a ditadura de um corpo 'perfeito' e que assume um padrão estético, até a liberdade de exercerem sua sexualidade. Costa (2020) também destaca a interseção entre as violências de gênero no contexto familiar desde a infância (com agressões físicas, abusos sexuais e estupros) e, posteriormente, conjugal.

A reprodução da violência nas relações conjugais e familiares é algo que está dado na nossa sociedade, em especial pelas relações de poder impostas pelo patriarcado e pelo capitalismo, que trata o corpo feminino como objeto e mercadoria (PAVAN; SANSONI). Aciole e Silva (2018) também discutem a respeito dos estereótipos, preconceitos e falas machistas direcionadas às mulheres que legitimam as relações de poder, invalidam o sofrimento psíquico delas e o potencializam. Ou seja, não apenas as mulheres são silenciadas, como esse silenciamento contribui com a manutenção e piora das suas angústias. E isso se faz presente em todo o percurso na busca de cuidados em saúde, cerceando-as de terem sua subjetividade legitimada, e inclusive de conseguirem conhecer e acessar as práticas e saberes disponíveis nos seus espaços sociais.

A violência de gênero, em específico, tem origem no modo como as relações entre homens e mulheres se dão nas conjugalidades e na família (BANDEIRA, 2014). Ao explicar a relação entre gênero e adoecimento psíquico, entende-se que os diversos grupos sociais — com suas distintas classes, gêneros e raças — geram padrões variados de desgaste e reprodução. Esses padrões, por sua vez, medeiam a singularidade de cada pessoa dentro dos grupos aos quais pertence (ALMEIDA, 2018).

Para além dos contextos de violências, outras condições colocam a população em situação de vulnerabilidade, a começar pela pobreza. Aciole e Silva (2021) e Barreto (2009) trazem relatos de pessoas que têm suas vidas atravessadas pela ausência de água encanada, de luz e condições de higiene precárias. E essa precariedade se agrava quando a família é monoparental, e a única familiar cuidadora (normalmente mulher) deixa de trabalhar devido à sobrecarga no cuidado do ente adoecido. Carvalho (2015, p. 85) enfatiza que “as famílias monoparentais chefiadas por mulheres costumam apresentar maiores taxas de empobrecimento em relação às demais, devido à inserção precária da mulher no mercado de trabalho”, o que foi o caso também de uma familiar participante da pesquisa que não consegue exercer atividades remuneradas com a periodicidade necessária, pois precisa se responsabilizar pelos cuidados do familiar adoecido, o que aprofunda o contexto de pauperização e de vulnerabilidade social.

Gomes (2014) narra a história de um usuário que reside em um barraco em condições mínimas em um terreno invadido, apontando para as vidas que se constroem em espaços marginalizados, ocupados por um poder local e onde a violência deste e do Estado se perpetua. Violências essas que produzem sofrimentos pelo simples fato de existir, mas também por aquelas letais que marcam a história dos indivíduos com processos de dor, perdas e luto. Uma participante da pesquisa de Souza (2018) menciona ter uma “vida muito sofrida”, pois via as crianças “passando fome e necessidade” e que viver nesse contexto estava desencadeando sofrimento e adoecimento na vida dela.

Diamantino (2010) argumenta que o ambiente doméstico e comunitário é frequentemente envolvido por condições de pobreza e vulnerabilidade social que se correlacionam com o sofrimento psíquico. O autor destaca que situações de privação extrema, incluindo fome, violência, falta de suporte e oportunidades limitadas, podem exacerbar significativamente o sofrimento familiar. Além disso, essas condições podem resultar em atrasos no acesso aos serviços de saúde e na diminuição das redes de apoio comunitárias e sociais, devido à extrema exclusão social e ao isolamento coletivo que as acompanham (DIAMANTINO, 2010).

Na atualidade, a família brasileira experimenta transformações significativas, alinhadas aos processos sociais, políticos e econômicos do país (DIAMANTINO, 2010). Neste contexto, o sistema econômico vigente busca manter a população sob sua influência, não através de meios coercitivos diretos, mas pela perpetuação de condições socioeconômicas desfavoráveis. Este mecanismo pode ser considerado uma forma de violência estrutural, que se manifesta de diversas maneiras no cotidiano das pessoas, sendo frequentemente aceita como parte integrante da realidade social (ROS, 2011). A miséria, a pobreza e a precariedade das condições de vida que afligem uma parcela significativa da população não são meras casualidades, mas sim consequências diretas e inevitáveis do sistema de produção capitalista vigente e da ideologia neoliberal. Essas adversidades sociais não apenas emergem como subprodutos desse modelo econômico, mas também desempenham um papel crucial na manutenção e perpetuação da riqueza concentrada nas mãos de poucos (ROS, 2011).

Após apresentar diferentes perspectivas sobre o fenômeno das vulnerabilizações sociais e os marcadores sociais da diferença, finalizamos essa discussão compreendendo que os usuários/as da saúde mental apresentam uma diversidade que vai além dos diagnósticos psiquiátricos, e que engloba gênero, condição socioeconômica, origem étnico-racial, entre outros fatores. Esses indivíduos estão inseridos em um contexto social brasileiro caracterizado por desigualdades estruturais, incluindo aspectos patriarcais, raciais e coloniais, que impactam de maneiras distintas nas suas experiências individuais. Essas particularidades resultam em uma variedade de vivências no campo da saúde, refletindo-se também nos diferentes percursos terapêuticos adotados por cada usuário e na maneira como eles tecem suas tramas de cuidado. Compreender essa complexidade é fundamental para oferecer uma clínica crítica e política no âmbito da atenção psicossocial.

7 ITINERÁRIOS QUE SE MISTURAM E SE IMBRICAM NA TRAMA DAS COLETIVIDADES

A minha aproximação com os estudos sobre os itinerários terapêuticos se deu a partir da minha afinidade com um senhor que transitava entre diversos serviços de saúde e, para além deles, tecia e se envolvia - de modo autônomo e empoderado - em diversos territórios e atividades culturais, laborais, com diversas crenças religiosas, e variadas estratégias de ‘cura’. Ele nomeava-as como ‘coisas’ que ajudavam na sua ‘tomada de consciência’, que diziam sobre seu processo de adoecimento, mas que ele afirmava ser sobre o seu bem-estar. Muito certo nessa sua afirmativa, me convidou a enxergar as tantas possibilidades de cuidado que o cotidiano nos apresenta.

Nesse capítulo me lanço a apresentar essa diversidade, que não se desgarra do que já discutimos até então. Kleinman (1978) propôs as arenas profissional, popular e folk, e aqui ousou dizer das possibilidades de compor uma trama de cuidados em todas elas, apontando assim para a relação que existe entre essas três arenas. Foi possível visualizar pesquisas que assim as apresentam, e que o envolvimento dos usuários e familiares no setor profissional não limitou a busca por cuidados no informal e vice-versa, mas que ambos atuaram de forma cooperativa e as pessoas caminharam livremente entre eles e buscaram o auxílio necessário para cada momento vivido. Alguns outros, de maneira mais tímida, não apresentavam tais práticas logo de cara, e somente as citavam quando precisavam descrever seus itinerários terapêuticos. Isso nos convoca a pensar o quanto a percepção de saúde ainda está associada à saúde institucionalizada pelo Estado, ou aos atendimentos particulares dos profissionais de saúde tradicionais.

Estamos falando aqui do que o território oferece aos sujeitos, seja no campo dos afetos e das relações sociais, com a vizinhança, com os comerciantes, com os amigos e familiares. Também quero poder dizer das práticas de cuidado ancestrais e culturais, como o acesso aos curandeiros e curandeiras, aos chás e ervas medicinais. E, por último, também quero somar com as possibilidades de cuidado ofertadas pelas instituições religiosas, ou pela simples fé e/ou crença na espiritualidade. Moraes e Zambenedetti (2021) atentam para

“a importância da rede comunitária, religiosa e local que se encontra no território dos sujeitos (...) ora servindo como agentes potencializadores de cuidado, ora como planos estanques de produção de capturas e assujeitamento. Nesse sentido, o itinerário terapêutico é composto por territórios que se

modificam, que se interpõem, que se agenciam com processos coletivos e se renovam em fluxo imanente." (p.??).

Podemos então concordar que os setores **informal, profissional e folk se imbricam** no cuidado em saúde. E como observou González Rey (2007), esses sistemas se encontram em diversos momentos e atuam de forma complementar, evidenciando a complexidade da subjetividade humana.

Outro aspecto que requer menção são as situações em que as pessoas se colocam como protagonistas na construção da rede de cuidados que desejam e na comunidade em que fazem parte. E que, apesar das dificuldades e do sofrimento que relatam, são situações que os impulsionam para novos encontros possíveis em seus territórios e para a possibilidade de ocupar outros espaços (MORAES E ZAMBENEDETTI, 2021)

Cardoso, Oliveira e Piani (2016) trazem experiências de redes de apoio formadas por vizinhos, familiares, amigos e colegas de trabalho, além das relações não institucionais, e o acesso a benzedoras, rezadeiras, conselheiros, bençãos e demais práticas espirituais e religiosas. Os participantes dessa pesquisa relataram que apenas buscam serviços de saúde quando percebem desorganização subjetiva extrema e essas práticas se tornam insuficientes. Aciole e Silva (2021) trazem relatos semelhantes, com destaque para o cuidado baseado no saber popular e atividades ocupacionais relacionadas à terra, tendo em vista o cenário ser uma comunidade quilombola. A subcategoria de análise "*saber popular e crenças religiosas*" (p. 11) menciona banhos de ervas, chás e benzeduras como alternativas para amenizar o sofrimento, também quando não havia sinais de gravidade. Da mesma maneira que o estudo anterior, em situações de crise mais intensas, eles recorriam ao sistema de saúde formal.

Proponho então uma apresentação ponto a ponto dos resultados dessa pesquisa no que diz respeito à rede social de apoio e tais práticas desempenhadas e desenvolvidas na comunidade.

7.1 Circuitos subjetivos e dilemáticos: apontamentos sobre o destaque da rede de apoio social na construção dos Itinerários Terapêuticos

Com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, não apenas os indivíduos passam a ser foco do cuidado numa perspectiva de reinseri-los na sociedade, mas também seus círculos sociais

mais próximos são convidados a compor esse protagonismo, seja nos processos de cuidar ou de serem cuidados (FONTES, 2007). Para Juliano e Yunes (2014, p. 135):

O ser humano nasce e vive em uma rede de relações representada por: família, escola, comunidade, trabalho, dentre outras. Nestes ambientes ecológicos, as pessoas desenvolvem-se e conquistam uma diversidade de lugares de interação social. As relações entre pessoas e ambientes oferecem possibilidades de apoio nos momentos de crise ou mudança e podem criar oportunidades de desenvolvimento humano através da qualidade dos meios de subsistência, possibilidades de emprego, estudo, amizades, lazer, relações de suporte e de afeto.

É reconhecível, portanto, a relevância das redes de apoio social nos contextos de saúde dos indivíduos. A todo momento nesse manuscrito me lanço a falar de produção de vida e de contextos sociais, de território e dos afetos. E o que há de mais propulsor de vida e mobilizador de afetos para além das relações que constituímos socialmente? Assim como Fontes (2007), compreendo que as redes sociais auxiliam na reconstrução do cotidiano das pessoas e na reestruturação de campos de sociabilidade mais amplos, que muitas vezes é permeado por perdas, mas que também têm a possibilidade de se reerguer a partir do apoio e da solidariedade oferecidos por atores que estão além do campo assistencial da saúde. As redes sociais, então, surgem como mecanismo significativo para reinserir e ‘reabilitar’ o sujeito ‘louco’ na sociedade, através do resgate de sua autonomia (CARVALHO, 2015). Rosseti (2019) ainda reforça que elas se inserem nessa dinâmica para atender as necessidades do sujeito, e não da doença (ROSSETI, 2019).

Na literatura analisada, encontramos uma rica discussão sobre as redes de apoio social e as relações subjetivas intrínsecas a elas. Convém, no entanto, estabelecer alguns recortes para essa discussão, pois não me proponho a esgotar todas as conformações possíveis acerca dos campos de sociabilidade existentes, em virtude da sua amplitude.

Fontes (2007) nos apresenta a existência de dois campos de sociabilidade: o primário, composto pela família, parentes, amigos, colegas de trabalho e vizinhança; e o secundário, associações, ONGs e instituições religiosas, espaços onde ocorrem parte significativa do cotidiano das pessoas. Neste primeiro momento, abordaremos o campo de sociabilidade primário, composto pelas pessoas com quem os sujeitos se relacionam e de onde, comumente, retiram o apoio necessário para enfrentar seu sofrimento psíquico. O campo de sociabilidade secundário será abordado mais à frente.

Os estudos que compuseram essa revisão narram histórias envolvidas pelas redes de apoio social, com centralidade para os núcleos familiares. A partir das narrativas apresentadas, percebe-se que a relação estabelecida com a família, vizinhos e comunidade pode ser

ambivalente, ora comportando-se como importante instrumento produtor de laços e de suporte, ora como palco de conflitos e sofrimentos associados. A relação com a comunidade também perpassa ora pela solidariedade e produção de cuidado, ora pelo estigma e fragilidade dos vínculos.

Nessa revisão, 16 estudos tiveram familiares como participantes. Observamos que as famílias são responsáveis, muitas vezes, por acompanhar os sujeitos nos seus itinerários terapêuticos, das mais diversas formas e, em alguns casos, também são responsáveis pela tomada de decisão em torno das práticas de cuidado que serão acessadas. Apesar das ambivalências e conflitos presentes nos ambientes familiares, de um modo ou outro, Milhomens e Martín (2017) assinalam que quando eles se fazem presentes na rede de apoio, costumam ser os primeiros a perceberem as mudanças nos comportamentos dos entes e incentivá-los a buscar algum tipo de ajuda, seja ela religiosa ou médica. Na busca em seguir os princípios da reforma e da militância da saúde mental, sempre buscamos os caminhos e percursos que envolvam os usuários nas tomadas de decisão, em especial naquelas que têm relação com suas vidas e trajetórias. Mas compreendemos que, muitas vezes, os familiares precisam emprestar o desejo de melhora ao outro que está em sofrimento, para que se possa percorrer caminhos em busca de cuidado de maneira conjunta. Assim, há itinerários terapêuticos que não são construídos pelos próprios sujeitos, mas pela e/ou com a rede de apoio social. Mas também existem as situações em que as pessoas não têm o direito garantido de escolherem seus percursos, muitas vezes pelas práticas de vigilância e tutela que se aproximam da ideia de controle sobre a vida do outro e sobre os percursos de cuidado que serão traçados, associados às idealizações que a pessoa responsável imprime sobre esse caminhar. Há uma gama repleta de possibilidades quando pensamos nas dinâmicas familiares e como elas se interrelacionam com as práticas de cuidado. O que podemos ter como direção é a concepção de que pessoas e famílias são agentes qualificadores das práticas em saúde, e o desenho dos ITs “descrevem a experiência de adoecimento e os percursos de busca por cuidados para a saúde empreendidos por essas pessoas nos diferentes subsistemas de cuidado” (BELLATO, 2009, p.187).

É notória a importância da família nas discussões que permeiam as políticas brasileiras, em especial da assistência social e da saúde. No âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), temos o programa de transferência de renda como o Programa Bolsa Família (PBF) e, no SUS, temos a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como estratégia condutora e reorganizadora da Atenção Primária no país. No campo da saúde mental, o envolvimento da família se inicia a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, com a reorientação do modelo

de atenção asilar para o territorial, no qual as dimensões familiares e socioculturais passaram a ter importância, bem como a maneira como o sujeito vivencia o cotidiano no seu território e se insere na sociedade.

Fontes (2007) chama atenção para a construção social desses sujeitos, que antes eram expulsos da comunidade e isolados em instituições fechadas. E que, com a nova política e proposta terapêutica, passam a ter a possibilidade de serem pertencentes ao território. No entanto, há um percurso cultural e natural dessas famílias que, seja numa tentativa de protegê-los ou por desconhecimento dos novos modelos de cuidado, os isolam em ambientes domésticos, na tentativa de evitar o espaço público, locus de estigmas e preconceitos. Acontece que, em alguns casos, como apontam Barreto (2009) e Carvalho (2015), o ambiente familiar também pode ser palco de tutela, rejeição e da ideia de "periculosidade" e/ou "criminalização do louco", como destacam Vasconcelos (2014), Carvalho (2015) e Souza (2018), ao citar relatos em que os familiares e vizinhança acionaram a polícia em momentos de exacerbação dos sintomas e crises.

Pesquisa com 11 familiares de usuários de um CAPS de Salvador/BA objetivou compreender como a família tem realizado o cuidado ao sujeito com sofrimento psíquico após a Reforma Psiquiátrica Brasileira, por meio da perspectiva dos Itinerários Terapêuticos (CARVALHO, 2015). A autora notou que há uma ambivalência no desejo do familiar a respeito da autonomia e da independência do ente com questões de saúde mental, e que conflita com as práticas de superproteção e supervisão constante que praticam. Há uma ênfase dos familiares na necessidade de acompanhamento contínuo, na falta de confiança neles em relação à execução de atividades de vida diária e/ou domésticas, por exemplo, e o receio de como vão se portar quando reinseridos na sociedade (CARVALHO, 2015). Em um dos trechos dessa pesquisa, um familiar diz "a vida dela sempre me pertenceu" (p. 70), referindo-se ao familiar de quem cuida.

Essa revisão aponta para uma ambivalência em algumas relações, com destaque para aquelas que envolvem companheiros, mães e filhos, ora permeada por conflitos, ora pela promoção de bem-estar (CARNEIRO; AQUINO; JUCÁ, 2014), ou relação entre irmãos, também ambígua, que ora envolve auxílio, ora o conflito no lar (MÂNGIA; YASUTAKI, 2008). Carneiro, Aquino e Jucá (2014) apontam para a importância dos filhos como promotores de cuidado e recurso para sair das situações de crise. Recurso esse que dialoga com a premissa do afeto, seja pela demanda dele, seja pela possibilidade de ofertá-lo. Mângia e Yasutaki (2008), por outro lado, mostram situações em que os familiares reforçam o lugar de exclusão, mas que também protegem e resguardam o lugar social do sujeito.

Isso chama atenção para uma discussão feita por Firmo e Jorge (2015), acerca das relações de poder presentes no cuidado, e que são permeadas pela “tensão entre a tutela e a libertação dos sujeitos” (p. 222). Conforme tais autoras afirmam, “as relações de cuidado, poder e autonomia envolvidas desvelam a família como produto e produtora das práticas de saúde” (p. 222). Seguindo essa linha de pensamento, Vasconcelos (2014) também menciona o paradoxo da família enquanto rede produtora de cuidado e de segurança, mas também de sofrimento e violências. Outra história descrita por Carvalho (2015) apresenta uma relação dicotômica entre mãe e filha, pautada por sentimentos antagônicos de amor e ódio, carinho e violências físicas, o que as inscrevia em uma relação simbiótica.

Ao falarmos de família, também me lanço a dizer, ainda que brevemente, sobre as questões de gênero que atravessam essas relações de cuidado, e que não passaram despercebidas nesta revisão. De uma maneira muito marcante nos estudos, o gênero feminino protagoniza essas relações. Nesse caso, o cuidado mais continuado é delegado às mulheres da família, sejam mães, irmãs ou filhas. Essa foi uma percepção advinda da análise dos percursos apresentados pelas pesquisas. Foi comum observar mães, filhas e irmãs assumindo esse lugar central, em especial porque a maioria se tratava de famílias monoparentais, sem uma figura paterna presente, e até mesmo quando havia homens no núcleo familiar, a mulher era a responsável pelos cuidados da pessoa em sofrimento. Corrêa et al. (2011) foram os únicos autores que trouxeram esse recorte para discussão, e acrescentaram que, em um núcleo familiar que possui ambos os gêneros, os homens tendem a ofertar suporte financeiro, enquanto as mulheres tendem a prover os cuidados pessoais e do dia a dia.

Barreto (2009) também investigou as concepções e práticas dos familiares de usuários de um CAPS de Salvador/BA na construção das estratégias de enfrentamento dos problemas decorrentes do sofrimento psíquico, e observou aspectos relacionados à predominância das mulheres como cuidadoras (mães e irmãs) e à sobrecarga e cansaço dos familiares.

As discussões em torno da **sobrecarga e fragilidades** dos familiares têm sido foco de diversos estudos ao longo dos anos, em especial após a RPB, que coloca a família numa posição mais participativa do cuidado (MELMAN, 2002; REIS et al., 2016; DIAS; ROCHA; SUARÉZ, 2017). Nesta revisão, Mângia e Yasutaki (2008), Corrêa et al. (2011) e Rodovalho e Pegoraro (2020) também possuem histórias que abrangem pessoas da rede de apoio social esgotadas. Alguns estudos também reforçam a necessidade de ofertar práticas em saúde às famílias na intenção de auxiliá-las na organização do cuidado e no oferecimento de apoio, de modo que o

sofrimento da família pudesse ser amenizado (CORRÊA et al., 2011; CARNEIRO; AQUINO; JUCÁ, 2014).

Quando falamos especificamente de rede de apoio social, temos como núcleo as famílias, mas também podemos ampliar para outras configurações, em especial as composições que envolvem os demais entes, amigos, colegas de trabalho, vizinhança e a comunidade em que se vive. Há casos em que uma rede de apoio extensa, e que inclui amigos e/ou vizinhança na lógica de uma parceria de cuidado, resulta em amparo, em especial para os familiares, mas que também pode produzir uma relação ambivalente no meio comunitário.

A proximidade das casas e a profusão das redes sociais de amizade e parentesco que se imbricam e entrecruzam – trazem como consequência inevitável o envolvimento dos vizinhos no drama da doença – quer como prestadores de ajuda e apoio, quer como veiculadores de informações e estigma. Mais do que qualquer outra enfermidade, a doença mental afeta sobremaneira a dinâmica social da vizinhança. Reter o doente no espaço reduzido da casa e, portanto, evitar que ele se envolva em incidentes com os vizinhos é, em geral, tarefa árdua. Muitos ‘malucos’ acabam se transformando em personagens do bairro, ora temidos, ora ridicularizados, perseguidos pelas crianças e evitados por adultos temerosos. Em suas narrativas, as mães respondem aos estereótipos que orientam tais reações, revisando habilmente a biografia dos filhos, de modo a reconstruir-lhes a identidade em termos mais favoráveis (RABELO, 1999, p 80).

Por um lado, Carvalho (2015) apresenta relatos em que a **família e a vizinhança** realizam revezamentos nas práticas de cuidado, para além de se unirem e se apoiarem nas situações em que percebem que o familiar não está bem. Rosseti (2019) também nos apresenta narrativas em que o vínculo estabelecido com a rede de apoio primária e secundária “se mostrou essencial no processo de aceitação, na autoestima e na produção de cuidados em saúde para os filhos e a sua própria, gerando a capacidade de enfrentamento e reajuste frente às dificuldades” (p. 147). Também foram narradas histórias em que a rede de apoio principal dos usuários não correspondia ao núcleo familiar, mas sim a outros vínculos, como amigos, vizinhos, ex-companheiros, chefias e profissionais do serviço de referência (MÂNGIA; YASUTAKI, 2008).

Por outro lado, como Sousa (2017) indica, a vizinhança nem sempre é cuidadosa, e sim estigmatizadora e moralista. Uma participante do seu estudo refere não ter qualquer relação direta com os recursos da comunidade e do território, diz que não gosta do lugar e nem das pessoas, e sofre bullying e preconceito por colegas de trabalho, além de situações de violência por parte do companheiro. Sua rede de apoio é a si mesma e o serviço de saúde o qual frequenta, segundo diz. Em Medeiros (2018) também há relato de pessoa que tem relação quase nula com família e não possui amparo emocional, mesmo com uma família extensa, e que olha “a sua

volta e se vê sozinha para cuidar de si”. Relato similar se fez presente em Souza (2018): "nunca tive amigos, as únicas amigadas que eu considero são as do CAPS, fora isso eu não considero mais ninguém meu amigo" (p. 66). É interessante observar também que os campos de sociabilidade não estão desconectados entre si, e que as pessoas em situações de exclusão e solitárias, em algum momento do adoecimento, buscam espaços onde possam sentir o acolhimento, ao exemplo dessas últimas que o encontraram no CAPS.

Carvalho (2015) amplia o exemplo, ao apresentar a história de uma mulher que frequentava uma igreja e a considerava um importante espaço de convívio social, para além do papel que exercia no que concerne à sua espiritualidade. No entanto, para ela, estar em uma igreja com poucas pessoas não fazia sentido, pois fazia parte do seu repertório cotidiano ocupar esse espaço com interações sociais e trocas afetivas. E assim, buscou outra igreja que pudesse fazer atender à sua demanda social.

Concluo este ‘subnúcleo de significação’ reafirmando que indivíduos, famílias, vizinhos, amigos e profissionais da saúde desempenham papéis cruciais na construção e direcionamento dos itinerários terapêuticos, uma vez que são os principais responsáveis pelas decisões que determinam o percurso a ser seguido pelos usuários. E, corroboro com Vieira e Pegoraro (2020) na crença de que os ITs “são um processo, uma construção social, ou seja, eles foram e são feitos, conjuntamente, em um movimento que nunca cessa, pelos próprios usuários, suas famílias e sua rede de suporte social” (p. 10).

7.2 Trilhas de fé e de axé: da espiritualidade à religiosidade e ao mundo místico

A religiosidade e a espiritualidade se fizeram presentes nos percursos de cuidados de muitos participantes das pesquisas selecionadas nesta revisão. Dos 39 estudos, 24 citaram a religião e crenças espirituais e/ou místicas como recursos de cuidado e de suporte social. As religiões e igrejas mais citadas foram católicas, evangélicas, espiritismo batista, messiânica, universal, candomblé e umbanda. De acordo com a literatura, as instituições religiosas e as religiões podem ser um amparo importante para pessoas e famílias em sofrimento psíquico, porque elas oferecem suporte social por meio dos fiéis da comunidade, além de oferecer uma compreensão da angústia que legitima a experiência vivida (BUDINI; CARDOSO, 2012). Estudos como o de Bertagnoni et al (2012) e Acirole e Silva (2021) corroboram com essa premissa, pois as práticas religiosas e espirituais aparecem como estratégias de cuidado,

enfrentamento, cura e/ou consolo nos modelos explicativos do adoecimento psíquico, ou seja, quando as pessoas envolvidas associam o sofrimento psíquico a questões de ordem espiritual.

Quanto ao primeiro aspecto, os estudos de Bertagnoni et al. (2012), Silveira e Nunes (2013), Cardoso et al. (2017) e Medeiros (2018) nos convidam a reconhecer a importância do apoio da comunidade religiosa na saúde das pessoas. Carneiro, Aquino e Jucá (2014) também citam fé e crenças como fundamentais para a renovação da força, perseverança no tratamento e suporte para o cuidado.

Almeida (2010) ainda acrescenta a construção de uma rede solidária que engloba a igreja, mas neste caso funcionando como um apoio fortalecedor para os familiares que estão responsáveis pelo cuidado. Vasconcelos (2014) também cita caso em que a cuidadora é quem frequenta os cultos na igreja evangélica, e não o usuário, mas que isso influencia de forma significativa na aceitação da situação de adoecimento, mesmo não sendo um recurso terapêutico acessado pela pessoa com transtorno mental. Trad et al. (2015) afirmam que distintas pesquisas apresentam associações entre o universo religioso e práticas de cuidado em saúde, com a tessitura de uma rede de cuidados, onde operam trocas simbólicas e materiais.

Assim, como afirmam Silveira e Nunes (2013), compreender a interface entre a saúde mental e a religiosidade tornou-se categórico, não apenas pela sua importância na vida dos usuários e familiares, mas também pelo “reconhecimento da religião enquanto agência terapêutica e recurso comunitário, na ótica e na experiência destes sujeitos” (p. 122).

O segundo momento de grande presença da religiosidade dos itinerários terapêuticos se dá no entendimento de que a causa do adoecimento pode estar associada a eventos e/ou problemas espirituais. Tal achado se fez presente nos estudos de Bertagnoni et al. (2012), Cardoso et al. (2017) e Medeiros (2018). Recorrer às religiões em momentos de sofrimento e/ou doença é comum em nossa sociedade e ocorre em muitas situações em que os modelos tradicionais de cuidado não conseguem sanar os problemas de saúde demandados pela população (RABELO, 1993).

Para familiares entrevistados por Silveira e Nunes (2013), a religião ajuda, mas não cura. Eles entendem a importância de frequentar a instituição religiosa, mas de modo associado aos serviços de saúde. Essa premissa também é verdadeira nos estudos de Mângia e Yasutaki (2008) e Cardoso et al. (2017), que também apontam para a possibilidade de coexistência entre os saberes religiosos e científicos, ou seja, usuários que estão em acompanhamento dos serviços de saúde formais e, também, frequentam instituições religiosas, ambos como estratégias de cuidado. Em Gomes (2014), uma familiar relata que a primeira busca por ajuda se deu na igreja,

e lá lhe orientaram a procurar um serviço de saúde para o acompanhamento da sua filha. E não apenas a coexistência entre religião e serviços formais apareceram nestas análises, mas também a escolha por múltiplas religiões e crenças, ou a peregrinação por várias, até se sentirem bem e confiantes em uma delas. Foi o caso de um participante do estudo de Vasconcelos (2014), que conta sobre seu sentimento de pertença em diversas instituições, sendo assíduo nas missas da Igreja Católica, nas sessões de cura do Centro Espírita e também nas reuniões dos mórmons na Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. Em Medeiros (2018) foi possível encontrar relatos dos mais diversos, como o de uma pessoa que frequentava três instituições espirituais diferentes para a garantia do seu cuidado, em especial porque associava sua depressão a uma causa espiritual.

Nesse último estudo, outro aspecto marcante diz respeito ao misticismo presente em algumas falas, em especial naqueles que não têm uma crença e se dizem ateus, mas acreditam na existência de uma “força maior” (p. 110) ou nas “energias que circulam dos ambientes” que regem a vida humana (p. 157). Medeiros (2018) traz relatos de usuários que frequentaram uma entidade esotérica que realiza estudos e meditações individuais, sintonizações coletivas, palestras espiritualistas e rituais mentalistas; uma fundação de artes e conhecimentos transcendentais, que proporciona festas ciganas, celtas, reiki, entre outras práticas; e aproximação com a Wicca¹⁰.

Foi possível, a partir da análise dos textos selecionados, observar o engajamento religioso das pessoas e dos seus familiares, e a possibilidade que tais instituições e crenças lhes oferecem em torno do cuidado de si e dos outros, com a proposta de formação de círculos de reciprocidade e modos de sociabilidade. Há de se reconhecer que, para alguns indivíduos, a religião atua como um mecanismo de integração social, contribuindo para a mitigação do sofrimento psíquico; no entanto, as opiniões sobre o tema são diversas e multifacetadas, não se limitando a uma visão única ou uniforme. E isso pode ser observado, por exemplo, na maneira como a religiosidade é abordada - quando é - nos serviços de saúde. Como afirmam Silveira e Nunes (2013),

Apesar da presença da temática da religião, sobretudo as evangélicas, no cotidiano do CAPS, a perspectiva dos técnicos é de negativização e negação da experiência religiosa dos usuários, sendo um analisador. Tecem críticas ao

¹⁰Wicca é uma religião que surgiu em 1950, na Inglaterra, caracterizada por sua abordagem positiva à magia e sua veneração à dualidade divina: o Deus e a Deusa. A Deusa é associada aos ciclos lunares e o Deus às estações do ano. A Wicca propõe uma visão sagrada do mundo natural, onde os ciclos celestiais e terrestres são manifestações diretas do divino, convidando seus praticantes a uma conexão profunda com o ambiente que os cerca (CORDOVIL, 2015).

modo como determinadas religiões oferecem um padrão rígido de comportamento moral, gerando conformismo, resignação e uma crença no determinismo (p. 130).

Outros estudos também corroboram com essa tensão que existe entre o campo da saúde e religioso sobre modos de entender e lidar com as questões de saúde/doença e do cuidado, especialmente quando falamos sobre saúde mental e loucura (BALTAZAR, 2003). No entanto as instituições e atividades religiosas e espirituais marcam presença nos itinerários terapêuticos dos sujeitos e seus efeitos positivos sobre o estado de saúde das pessoas foram comprovados (VALLA; 2000; MURAKAMI; CAMPOS, 2012). É compreensível que muitos profissionais de saúde não se sintam confortáveis em abordar tais questões, pelas diversas razões, no entanto, como afirmam Murakami e Campos (2012),

Para reduzir esse desconforto e proporcionar o atendimento integral ao paciente, é necessário que os profissionais sejam capacitados em sua formação acadêmica a integrar a espiritualidade na prática clínica. O profissional de saúde deve ser capaz de determinar qual a importância da religião na vida de seu paciente, qual é o nível de envolvimento religioso e se este é útil (ao promover a boa autoimagem, por exemplo) ou prejudicial (religião contra o uso de medicações) para a sua saúde (p. 366).

Faz-se imprescindível que nós, profissionais do SUS, possamos reconhecer a presença da espiritualidade nos percursos de cuidados dos sujeitos e pensar isso junto a eles na construção dos seus Projetos Terapêuticos, para que eles se sintam acolhidos também na maneira como escolhem viver para além dos serviços de saúde. Assim, estaremos não apenas compreendendo-os nas suas singularidades e subjetividades, mas também apontando estratégias de enfrentamento e ressignificação do processo de adoecimento, além de incentivar o fortalecimento da autonomia e do empoderamento na busca do cuidado de si.

7.3 Rumos que envolvem cultura: dos saberes populares às práticas tradicionais

Grupos de cuidadores que se reconhecem como tradicionais possuem modos próprios de se organizarem socialmente e ocupam distintos territórios como condição necessária para sua produção e reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica (RAÍZES, 2021). Apesar da diversidade de suas práticas, se valem de recursos naturais sustentáveis para promover respostas terapêuticas às manifestações que entendem estar associadas a fatores ambientais, sociais e/ou espirituais (RAÍZES, 2021).

Conhecidas como medicinas de cura, “tais práticas costumam ser benéficas ao resolverem os problemas de saúde e promoverem o bem-estar, sem outros efeitos indesejados” (RAÍZES, 2021, p. 5). Elas se fizeram presentes nos itinerários terapêuticos de alguns dos estudos selecionados nesta revisão. Guedes (2022), por exemplo, cuja pesquisa se deu em uma comunidade indígena do Nordeste, observou que a maioria dos participantes relataram a busca por cuidado dentro do próprio território. A autora nomeia tais recursos como “produtores de bem viver” e os situa numa “constelação de cuidados” que as pessoas da comunidade criam para si.

Os itinerários terapêuticos, especificamente quando discutimos sobre o núcleo das práticas e saberes populares, têm muito a nos dizer sobre as relações que se constituem nas comunidades e sobre ancestralidades. O emprego dessas práticas geralmente ocorre sob a orientação de um indivíduo respeitado que, ao longo do tempo, acumulou um vasto repertório de saberes e técnicas, geralmente por meio de tradições familiares, voltados para a manutenção do bem-estar da comunidade (RAÍZES, 2021).

Os estudos citaram curandeiras, benzedeiras, raizeiras e videntes como mediadores de cuidado acessados, e a elaboração de garrafadas, chás e remédios caseiros; cultivo de ervas, preparo de banhos de sal grosso e rezas como práticas executadas (SILVA; 2017; SOUZA, 2018; FERREIRA; 2020; GUEDES, 2022; FRANCO; PEGORARO, 2023). Trata-se de um dos caminhos traçados pelas pessoas em busca de uma resposta às suas aflições, que não funciona de forma excludente aos outros percursos que realizam em consonância. Carvalho (2015) também menciona os remédios caseiros e cuidados naturais, que muitas vezes são utilizados como técnicas de cuidado de primeira escolha frente à sintomatologia das doenças.

Esses conhecimentos circulam amplamente e se relacionam intimamente com os saberes locais de comunidades indígenas, quilombolas, ribeirinhas, de pescadores e de pequenos agricultores rurais — o que eles denominam “medicina popular” (SOUZA et al., 2019), e atuam de maneiras distintas no corpo espiritual e físico daqueles que os praticam. Para Bellato et al. (2009), à medida que as redes formais de saúde são menos resolutivas, as pessoas e suas famílias passam a mobilizar outros recursos e pessoas, vinculadas a elas das formas mais variadas, e na maioria das vezes presentes em suas redes informais.

Temos observado mais estudos e pesquisas nos espaços acadêmicos e profissionais sobre as práticas informais e produzidas culturalmente por grupos minoritários e que as consideram valiosas na construção de um cuidado integral, no entanto elas ainda tendem a ser pouco consideradas e até mesmo desrespeitadas por profissionais da saúde (RAÍZES, 2021).

Nunes (2009) propôs uma reflexão sobre o silenciamento da cultura nos contextos de cuidado em saúde mental. Para a autora, esse silenciamento é expresso de três formas: pela falta de reconhecimento da cultura nos contextos de cuidado em saúde mental; pela rejeição quando sua presença implica em conflitos entre tradições culturais distintas; ou por meio de sua reificação ou caricaturização.

A busca na sociedade de modos mais incluídos, transformadores e desinstitucionalizadores de lidar com o fenômeno da loucura e do sofrimento psíquico deveria dirigir o olhar para outras experiências, tanto aquelas oficialmente instituídas no âmbito de serviços e espaços inovadores quanto aquelas que se desenvolvem no âmbito das práticas populares, que diferem de epistemologias biomédicas e psicologizantes e que são fundadas em contextos socioculturais específicos. É através da cultura, tomada na sua pluralidade, que grupos e pessoas inventam modos criativos de inscrever a loucura em um outro lugar, estabelecendo uma linguagem que abra espaços de jogos à própria diversidade da loucura (NUNES, 2011, p. 38).

Ao discutir cultura, recordo-me do enunciado “cultura do cuidado e o cuidado na cultura”, título de uma coletânea do Centro de Pesquisas em Saúde Coletiva (CEPESC) e do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) (PINHEIRO et al., 2014). Para Trad (2014),

(...) suscita, entre outras possibilidades, uma menção às contribuições da antropologia da saúde-doença (...) **[que]** procurou inventariar, interpretar e compreender as relações entre cultura, saúde e doença, evocando e articulando os conceitos de representação, experiência, sistemas e itinerários terapêuticos, narrativas de enfermidade etc. Dentre seus legados, ressalta-se o reconhecimento da pluralidade de sentidos e práticas em torno do complexo saúde-doença-cuidado, fruto das influências dos contextos social e cultural onde tais processos se manifestam (p. 49) [grifos próprios].

Nessa perspectiva do pluralismo terapêutico, a abordagem dos itinerários terapêuticos se sobressai, pois eles oferecem visibilidade às diversas alternativas de cuidado que existem para além dos serviços de saúde. Os percursos das pessoas revelam concepções de cuidado de naturezas diversas, o que aponta também para o conceito de integralidade “enquanto práxis cotidiana de saúde” que se dá a partir de encontros, contatos e conexões sólidas, de um trabalho vivo que não pode ser solitário e nem deve encerrar-se em si mesmo ou em procedimentos técnicos, mas que precisa se voltar para fora, para a realidade dos sujeitos, para aquilo que diz respeito à produção de vida deles, e para que assim “possamos enxergar no horizonte das práticas de cuidado redes capilarizadas, reoxigenadas e reencantadas” (CARNEIRO; AQUINO; JUCÁ, 2014, p. 55-56).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta pesquisa, percorri **rotas, caminhos, circuitos e trilhas** e me envolvi nos **rumos** escritos de histórias e narrativas previamente descritas e deparei-me com algumas pistas que indicam modos subjetivos e diversos os quais as pessoas buscam para cuidar de si, das suas aflições, dos seus sofrimentos e dos mais próximos.

Essa investigação se propôs a analisar, através de uma revisão integrativa da literatura, a produção científica sobre os Itinerários Terapêuticos no campo da saúde mental, no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, durante o período de 2001 a 2023. Escolhi abordar os resultados e trazê-los para discussão a partir de três núcleos de significação: o primeiro, **“Trajetórias assistenciais manicomiais em tempos de Reforma Psiquiátrica”**, aglutinou as significações sobre as vivências institucionalizantes dos usuários, marcadas pelas práticas asilares, violências e maus tratos, e processos de medicalização da vida. O segundo núcleo de significação denominou-se **“O início de um percurso comunitário, ainda que formal”**, e expressou os percursos de pessoas e familiares nos serviços territoriais, em especial na Atenção Primária e nos CAPS, e a maneira como eles se relacionam com esses serviços, e como os serviços se relacionam entre si. Nesse ínterim, também se fez presente a discussão sobre os marcadores sociais da diferença e a maneira como eles atravessam o sofrimento psíquico da população e o acesso a direitos básicos, a estes serviços de saúde, dentre outros recursos. O terceiro núcleo foi nomeado como **“Itinerários que se misturam e se imbricam na trama das coletividades”** e incorporou os percursos de cuidado que estão além dos serviços de saúde, mas que dizem respeito à cultura dos indivíduos, suas ancestralidades, dos saberes e práticas populares e das possibilidades que encontram junto às suas redes de apoio social.

Em tempos de Reforma Psiquiátrica, processo esse contínuo e que se faz cotidianamente ao longo dos últimos 23 anos (somado aos anos anteriores de reflexões críticas em torno das práticas de cuidado em saúde mental), observamos a diversidade de recursos e práticas de cuidado possíveis e disponíveis. No entanto, a maneira como discutimos cada uma delas não deve ser feita sem dispor de críticas. Me lancei a apontar, em primeiro plano, as práticas manicomiais que tiveram ampla presença nos itinerários terapêuticos dos participantes dos estudos, a maioria em cenários hospitalares, mas também evidenciados em diversas experiências vividas por usuários e familiares nos serviços territoriais, com destaque para as práticas que têm a medicação e os processos de medicalização da vida como protagonistas.

Os tantos itinerários apresentados e narrados apontaram para a potência que existe nos serviços territoriais, mas que infelizmente ainda é subutilizada. Os recursos que ampliam a ESF e a tornam potentes foram os que menos apareceram nos estudos, exceto pelos contatos com os ACS e as visitas domiciliares, que tiveram grande relevância na aproximação com as pessoas e famílias. O acompanhamento no território é reforçado por esses profissionais que ampliam a Estratégia de Saúde da Família e vinculam os sujeitos às unidades de saúde. No entanto, as ações mais citadas foram consultas médicas e administração/dispensação de medicações. O acesso aos profissionais do NASF, a participação em grupos terapêuticos e atividades coletivas, ou atividades fora dos muros institucionais foram pouco experimentadas pelos indivíduos ao longo dos seus acompanhamentos. Inclusive, outras ações que também se fazem presentes no cotidiano da APS e a tornam mais integral, como outras PICS que compõem o SUS além da acupuntura, pequenos procedimentos, planejamento familiar e saúde bucal também não foram mencionadas.

Os serviços substitutivos, como os CAPS, também foram amplamente citados nos caminhos dos sujeitos. Eles são estratégicos na construção de um cuidado na lógica psicossocial e foram apresentados pelas pessoas e famílias como serviços que promovem cuidado, acolhimento e segurança, além de proporcionarem um acompanhamento mais singular e ofertarem uma maior diversidade de atividades comparados a outros serviços. No entanto, estas unidades também possuem seus desafios, estes que impactam na maneira como os indivíduos experimentam o acesso e o cuidado ao longo do acompanhamento, ou quando conseguem chegar a acioná-lo, propriamente dito.

Dentre estes aspectos, foram mencionadas as práticas de encaminhamento e perambulação pela rede de saúde, seja pública ou privada, até conseguir atendimento nos CAPS; a demora na marcação de atendimentos, em especial com psiquiatras (o que ainda indica uma demanda da medicina hegemônica); o elevado número de usuários que abandonam o acompanhamento e vivenciam reinternações psiquiátricas e/ou crises agudas. Por outro lado, há um “inchaço” presente nesse serviço, que dialoga com o elevado número de usuários matriculados e um número incipiente de profissionais e inclusive de serviços como estes dispostos no território para dar conta da demanda da área de abrangência. Esses fatores desencadeiam uma sobrecarga nos profissionais e a consequente dificuldade de ofertar um cuidado integral, longitudinal e que vá ao encontro dos princípios da Reforma Psiquiátrica, com enfoque para a reinserção social dos sujeitos, o resgate da cidadania e a promoção de autonomia destes, para além do cuidado às famílias.

Diante desse núcleo temático, em que discutimos o acesso aos serviços da RAPS, é possível compreendermos os itinerários terapêuticos como ferramenta teórico-metodológica para pensar os indicadores de acesso à rede e resolutividade da assistência em saúde, como indicaram Souza e Zambenedetti (2018) em revisão de literatura anterior sobre o tema. Os autores também compreenderam a importância dos ITs para analisar como as práticas culturais e os saberes populares também se fazem presentes nos percursos de cuidado e como os complementam junto aos cuidados ofertados pelos serviços de saúde formais.

Evidenciamos também que múltiplos fatores intervêm na escolha terapêutica dos indivíduos, sejam eles de ordem social, cultural, econômica e/ou política, mas também de acordo com suas histórias de vida, suas subjetividades e oportunidades. Vidas atravessadas por mazelas sociais, violências, racismo, estigmas, fome e miséria percorrem caminhos mais sofridos e diferentes daqueles que se encontram em situações de menor vulnerabilidade.

O terceiro e último núcleo de significados dessa revisão diz respeito às experiências de cuidado que se constituem no âmbito das coletividades, com a riqueza dos contextos socioculturais e das práticas ancestrais e populares. Compreendemos o destaque das relações sociais, em especial da centralidade dos núcleos familiares na construção e nos direcionamentos dos itinerários terapêuticos dos indivíduos. Também abordamos as diversas maneiras como se dá o convívio das pessoas, entendendo que cada família tem sua dinâmica de relação, seja ela permeada ora pelo afeto, ora pelos conflitos, ora pelo enlace de ambos. A relação com amigos, vizinhos e colegas de trabalho também perpassa por características ambivalentes, e orientam a maneira como os sujeitos vivem em suas comunidades e como as famílias conseguem obter apoio externo, para além dos serviços de saúde, e a influência disso nos seus níveis de sobrecarga.

Essa rede comunitária que se constrói também envolve e promove o encontro com saberes e práticas populares de cura e de bem-estar, seja através da religiosidade, da espiritualidade e/ou de aspectos místicos, mas também diz respeito às ancestralidades. As práticas espirituais ora se associam à possibilidade de explicação sobre o adoecimento, ora como recurso terapêutico promotor de bem-estar, ora como prática social que promove encontros. Os recursos “populares”, por outro lado, adquiridos a partir de curandeiros e benzedeiros, focam na promoção do bem-estar e na relação que as pessoas possuem com suas raízes culturais.

Esta pesquisa traz como contribuição compreender que todas essas práticas, saberes, recursos e tecnologias de cuidado não atuam de forma excludente, mas sim em consonância. A

proposta aqui é compreender que os itinerários terapêuticos permitem uma riqueza de saberes com um objetivo único e central que se preocupa com a produção de cuidado que os sujeitos criam para si e seu entorno, frente às situações de adoecimento, e aqui, neste caso, ao sofrimento psíquico.

O presente estudo apresentou algumas limitações, a começar pelo recorte voltado à população adulta em sofrimento psíquico e/ou com transtornos mentais, não analisando a literatura que envolvia os ITs de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, pessoas em situação de rua e pessoas que fazem uso de substâncias. Também optamos por não aprofundar as discussões acerca de outros serviços que não compõem a RAPS, mas que constituíram os itinerários terapêuticos das pessoas e famílias, sejam eles do setor saúde privado e público, ou da rede intersetorial.

Devido ao curto tempo destinado à produção de uma dissertação, também não houve a possibilidade de adentrar em alguns temas que são considerados cruciais no que diz respeito ao cuidado em saúde mental, com a arte enquanto estratégia de cuidado; os dispositivos que promovem engajamento e empoderamento comunitário; e o valor social do trabalho e a (re)inserção laboral dos usuários. Esses temas marcaram presença em alguns estudos, no entanto, não couberam no escopo dessa pesquisa. Tais debates merecem destaque em futuras explorações, em especial porque são tecnologias que conversam com os princípios da RPB e compõem os itinerários dos sujeitos em busca não apenas de cuidado e resposta para suas aflições, mas de um sentido para a vida.

Acredito que os itinerários terapêuticos são construções sociais e movimentos que não cessam, mas se aglutinam e são tecidos à medida que há produção de vida, ou à medida em que se deseja produzir vida. Esses movimentos são feitos pelas pessoas, famílias e pela rede de suporte social, e também são marcados pelo contexto em que as pessoas vivem e pelos processos de vulnerabilização social que as atravessam.

Me aproximo do fim dessa escrita, e agora me dou conta do desafio que é pesquisar e escrever sobre os Itinerários Terapêuticos. Iniciei o estudo acreditando que não iria me deparar com tantos atravessamentos: e não só aqueles que permearam a vida dos sujeitos que participaram dos 39 estudos selecionados, mas também os que ocorreram no meu processo de saúde-doença. Foi preciso lidar com uma escrita sobre os Itinerários Terapêuticos, percorrendo, também, o meu próprio percurso de cuidado.

Quando me propus a estudar os Itinerários Terapêuticos, a semente era apenas uma curiosidade - investigativa, posso dizer - de saber em quais locais as pessoas buscavam cuidado, ajuda, remissão de sintomas, cura ou apenas alguma segurança em torno do que as afligiam. Não imaginei me deparar com tantas possibilidades. E o mais interessante dessa diversidade é que ela funciona como ramos de folha, em que uma leva a mais duas, essas duas a mais quatro, e assim segue. E aqui entendam que podemos ler pensando em práticas de cuidado, ou em temas de escrita. O ponto é, há muito o que dizer sobre os Itinerários Terapêuticos. E que bom que a Saúde Coletiva se propõe a estudá-los.

Espero que esta pesquisa contribua para o campo e estimule a produção de novos estudos que aprofundem a importância dos Itinerários Terapêuticos na saúde mental. Recomendo adentrar em vertentes não exploradas, como a relação dos percursos de cuidado com os PTS dos indivíduos, e o uso dos ITs como ferramenta para conhecer as potencialidades existentes nos territórios e no seio familiar/social dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

- ABRASME. **Dra Sônia Barros, movimentos sociais e o marco histórico no campo da saúde mental antimanicomial**. 17 fev. 2023. Disponível em: <https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/181141/dra-snia-barros-movimentos-sociais-e-o-marco-historico-no-campo-da-sade-mental-antimanicomial>. Acesso em: 05 nov. 2023.
- ABRASME. **Memorial: Retrocessos no cuidado e tratamento de saúde mental e drogas no Brasil**. 2020. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/12/pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2023.
- ACIOLE, D. C. D. A. M.; SILVA, J. D. Concepções e itinerários terapêuticos de pessoas de pessoas em sofrimento psíquico em contextos quilombolas. **Psicologia & Sociedade**, p. e229558, 2021.
- ALMEIDA, G. H. Acolhimento e tratamento de portadores de esquizofrenia na Atenção Básica: a visão de gestores, terapeutas, familiares e pacientes. [s.l.: s.n.].
- ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019, p. 1-6.
- ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, Míriam C. M.; ALVES, Paulo C. B.; SOUZA, Iara M. A (Org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- ALVES, P. C. Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E. N. F.; SILVA JUNIOR, A. G. da. (Orgs). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016. p. 125-144.
- ALVES, P. C.. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 263–271, jul. 1993.
- AMARAL, C. E. M. Avaliação da articulação dos componentes atenção básica e atenção especializada das Redes de Atenção Psicossocial dos municípios de Campinas e Fortaleza. [s.l.] [s.n.], 2018.
- AMARANTE, P. (org.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, SDE/ENSP. 1995.
- AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In. AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1994. p.73-84.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, A. B. DE. **Integralidade e humanização em saúde mental: experiências de usuários em dois centros de atenção psicossocial**. Dissertação—Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2012.

AYRES, J.R. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, supl. 2, 2009.

Baltazar, D. V. G. (2003). **Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental**: impasse ou possibilidade. Dissertação (Mestrado na Fiocruz/ENSP), Rio de Janeiro/RJ.

BANDEIRA, N.; ONOCKO-CAMPOS, R. Itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (Caps-III). **Saúde em Debate**, v. 45, n. 128, p. 91–104, 2021.

BARRETO, M. M. **Trajetórias familiares na labuta com o sofrimento psíquico**: um estudo sobre familiares do CAPS Adilson Peixoto Sampaio, Distrito Sanitário Itapagipe/Salvador/BA. [s.l.: s.n.].

BARROS, Denise D. **Itinerários da loucura em territórios Dogon**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 260p. (Coleção Loucura & Civilização).

BELLATO, R. et al. **Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica**: alguns pressupostos. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.) Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009, p. 187-194.

BELLATO, R.; ARAUJO, L. F. S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR, A. G.; MATTOS, R. A. (org.). **Atenção Básica e Integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

BELLESÁ, M. **Sônia Barros é nomeada diretora do Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde**. Mar. 2023. Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo - IEA Disponível em: <http://www.iea.usp.br/noticias/rede-iea/sonia-barros-e-nomeada-para-dirigir-departamento-de-saude-mental-do-ministerio-da-saude>. Acesso em: 05 nov. 2023.

BERTAGNONI, L. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Saúde Mental: itinerários terapêuticos de usuários acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 23, n. 2, p. 153–162, 1 ago. 2012.

BEYEA, S. C.; NICOLL, L. H. **Writing an integrative review**. Research Corner, v. 67, n. 4, p. 877-880, abr. 1998.

BOTELHO, L.L.R; CUNHA, C.C.A. e MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e sociedade**, vol. 5; n. 11; p. 121-136, 2011.

BRAGA, R. DE B.; PEGORARO, R. F. Internação psiquiátrica: o que as famílias pensam sobre isso? **Rev. Psicol. Saúde**, v. 12, n. 1, p. 61–73, abr. 2020.

BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos Pagu**, n. 26, p. 329-376, 2006.

BRASIL. **20 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil: 18/5** – Dia Nacional da Luta Antimanicomial. 2021. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/20-anos-da-reforma-psiquiatica-no-brasil-18-5-dia-nacional-da-luta-antimanicomial/>. Acesso em 14 de ago. 2023.

BRASIL. **Acessar Comunidades Terapêuticas**. Disponível em: <[BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. **Instituições de Longa Permanência para Idosos \(ILPIs\)**. 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/saloes-tatuagens-creches/instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos>>. Acesso em 19 jul. 2024.](https://www.gov.br/pt-br/servicos/acesar-comunidades-terapeuticas#:~:text=Entende%20por%20Comunidades%20Terap%C3%AAuticas,car%C3%A1ter%20exclusivamente%20volunt%C3%A1rio%20(espont%C3%A2neo).> . Acesso em: 21 jul. 2024.</p></div><div data-bbox=)

BRASIL. Lei 8.080 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria de Consolidação nº 3**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2017; 3 out.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - **RDC nº 502**, de 27 de maio de 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/participamaisbrasil/resolucao-rdc-n-502-de-27-de-maio-de-2021#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20funcionamento%20de,para%20Idosos%2C%20de%20car%C3%A1ter%20residencial>>. Acesso em: 22 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a RAPS: Rede de atenção psicossocial**. 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf> . Acesso em: 21 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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**. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.261**, de 12 de setembro de 2023a. Estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC dos Estados e Municípios. Diário Oficial da União (DOU), Brasília, Edição 175, Seção 1, p. 156. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.261-de-12-de-setembro-de-2023-509433125>. Acesso em: 05 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 1.627**, de 24 de outubro de 2023b. Estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao teto financeiro da Média e Alta Complexidade (MAC) dos estados e municípios. Diário Oficial da União (DOU), Brasília, Edição 202, Seção 1, p. 107. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.627-de-23-de-outubro-de-2023-518474017>. Acesso em: 05 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. **Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.** Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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).** Diário Oficial da União 2011; Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Diário Oficial da União. Brasília, 21 dez. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RECOMENDAÇÃO Nº 029, DE 21 DE SETEMBRO DE 2021.** Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 194/2021, que dispõe sobre princípios gerais, orientações e recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) ao Programa Saúde com Agente. Brasília: Ministério de Saúde, 2021.

BRASIL. 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. Brasília, DF: OPAS; 2005

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Nota Técnica Nº 21 - Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras.** Brasília: DIEST, IPEA, 2017a.

BROOME, M. E. Integrative reviews in the development of concepts. IN: RODGERS, B.L.; KNALF, K.A. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications.** Philadelphia, W.B., Saunders Company, 1993.

BUDINI, C. R., & CARDOSO, C. Concepções de doença mental por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *Perspectiva, Erechim*, v. 36, n. 136, 143-154, 2012.

BVS. **DeCS - Descritores em Ciências da Saúde.** 2009. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/P/decswebp2009.htm>. Acesso em 15 out. 2023.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, nov. 2011, p. 4433-4442.

Camargo Jr, K. R. D. (2013). Medicalization, pharmaceuticalization, and health imperialism. **Cadernos de saude publica**, 29, 844-846.

CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 529-549, 2009.

CARDOSO, M. R. DE O. et al. O caminho trilhado por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do Estado do Pará: construindo itinerários na busca do cuidado. **Mental**, v. 11, n. 20, p. 91-116, 2017.

- CARDOSO, M. R. DE O.; OLIVEIRA, P. DE T. R. DE; PIANI, P. P. F. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do **Pará. Saúde em Debate**, v. 40, n. 109, p. 86–99, jun. 2016.
- CARNEIRO, U. S. DA S.; AQUINO, G. DO C. DE; JUCÁ, V. J. DOS S. Desafios da **integralidade na assistência**: o itinerário terapêutico de mães com sofrimento psíquico grave. *Rev. psicol. (Fortaleza, Online)*, v. 5, n. 1, p. 46–57, jun. 2014.
- CARVALHO, B. C. **Maternidade e filialidade para mães em sofrimento psíquico e suas filhas**: entre as delicadezas da experiência pessoal e os recursos de proteção social. 30 ago. 2019a.
- CARVALHO, L. C. DE. **A (re)significação do cuidar**: os Itinerários Terapêuticos da família na prática do cuidado ao sujeito com sofrimento mental. [s.l.] UFBA, 2015.
- CARVALHO, S. R. et al. **Medicalização**: uma crítica (im)pertinente? Introdução. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 25, n. 4, p. 1251–1269, dez. 2015.
- CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. **A árdua tarefa de resgatar a Saúde Mental no Brasil**. 12 Abr. 2023. Disponível em: <https://cebes.org.br/a-ardua-tarefa-de-resgatar-a-saude-mental-no-brasil/30951/>. Acesso em: 05 nov. 2023.
- CES-MG. CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Nísia Trindade anuncia investimento em Caps e SRT's durante a 17ª Conferência Nacional de Saúde**. Jul. 2023. Disponível em: <http://ces.saude.mg.gov.br/?p=12727>. Acesso em 05 nov. 2023.
- CHIABOTTO, C. C.; NUNES, I. S.; AGUIAR, K. S. P. Contrarreforma psiquiátrica e seus reflexos no cuidado ao usuário e à família. **Revista Em Pauta**: teoria social e realidade contemporânea, v. 20, n. 49, 2022, p. 81-94.
- CONASEMS. **Estação SUS - Episódio 8 - Saúde Mental - Parte 1**. YouTube, 01 de maio de 2024. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=BR89SMohvfc>. Acesso em: 02 junho de 2024.
- CONN, V. S. et al. Beyond MEDLINE for Literature Searches. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 35, n. 2, p. 177-182, 2003.
- CONRAD, P. The discovery of hyperkinesis: notes on the Medicalization of Deviant **Behavior. Soc. Probl.**, v. 23, n. 1, p. 12-21, 1975.
- Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, Ministério Público Federal (2017). Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. Brasília DF: CFP, 2018.
- COOPER, H. M. Scientific Guidelines for conducting integrative research reviews. **Review of Educational Research**, v. 52, n. 2, p. 291-302, 1982.
- COOPER, H. M. **Synthesizing Research: A Guide for Literature Reviews**. 3 ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 1998. Disponível em: <https://books.google.co.ke/books?id=ZWvAmbjtE9sC&printsec=copyright#v=onepage&q=problem formulation&f=false>. Acesso em 16 out. 2023.
- CORDOVIL, D.. O poder feminino nas práticas da Wicca: . **Revista Estudos Feministas**, v. 23, n. 2, p. 431–449, maio 2015.

- CÔROA, R. C. **Do sistema à sistemática**: a experiência da precariedade na construção de itinerários terapêuticos no SUS. Tese (Doutorado em Ciências Humanas (Sociologia)) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, p. 349, 2021.
- CORRÊA, G. H. DE L. S. T. et al. Itinerário terapêutico de idosa em sofrimento psíquico e família. *Ciênc. cuid. saúde*, v. 10, n. 2, p. 274–283, jun. 2011.
- CORREIA, L. C.; LIMA, I. M. S. O.; ALVES, V. S.. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 9, p. 1995–2002, set. 2007.
- CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. D. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S. l.], v. 45, n. 6, p. 1501–1506, dez. 2011.
- COSTA, C. B. DA. **Itinerários Terapêuticos de pessoas em adoecimento mental grave**: olhares plurais sobre a Rede de Atenção Psicossocial. Dissertação—Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2016.
- COSTA, L. A. **Determinações sociais de Itinerários Terapêuticos produtores de cuidado e de saúde em situações de sofrimento psíquico**: o papel do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Dissertação—Mato Grosso do Sul: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2020.
- DA SILVEIRA, L.; NUNES, M. de O. Para além e aquém de anjos, loucos ou demônios: CAPS e Pentecostalismo em análise. **Revista Polis e Psique**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 119, 2013. DOI: 10.22456/2238-152X.41767. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/41767>. Acesso em: 13 ago. 2024.
- DALGALARRONDO P, BOTEGA N, BANZATO C. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. **Rev Saude Publica**. 2003; 37(5):629-34.
- DALMOLIN, Bernadete M. **Esperança equilibrista**: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 214p. (Coleção Loucura & Civilização).
- das comunidades terapêuticas brasileiras. Rio de Janeiro: IPEA, mar. 2017.
- DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R. Revisão sistemática: noções gerais. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1260 - 1266, out. 2011.
- DELEUZE, G. **Crítica e clínica**. São Paulo: Editora 34, 1997, 176 p.
- DELEUZE, G. GUATTARI, F. **Mil Platôs – Capitalismo e esquizofrenia**. Vol 1. São Paulo: Editora 34, 2011, 94 p.
- DEMÉTRIO, F.; SANTANA, E. R. DE .; PEREIRA-SANTOS, M.. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe7, p. 204–221, 2019.
- DESINSTITUTE; WEBER, R. (org.). **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1VBMYY6qPcPuWsVCSsfBifh6v0QeIIN36r/view>. Acesso em: 25 ago. 2023.

DIAS MK, GONÇALVES R, DELGADO P. **Leitos de atenção integral à saúde mental em hospital geral: configuração atual e novos desafios na política de Saúde Mental.** In: Vasconcelos E. Desafios política da reforma psiquiátrica Brasileira. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 115-40.

DIAS, K. R. P; ROCHA, C. V. L.; SUARÉZ, L. A. B. Sobrecarga da rede de apoio familiar dos pacientes usuários do CAPS. *Inova Saúde*, v. 15, n. 1, 2017.

DICIO. **Dicionário Online de Português.** Constelação. 2024 Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/constelacao/>>. Acesso em 23 ago. 2024.

DUARTE, M. J. O. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 18, n. 2, jul./dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18604>. Acesso em: 3 out. 2023.

EISENBERG, L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 1, p. 09-23, 1977.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão: Médicos, loucos e hospícios** (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ESPERIDIÃO, E. et al.. A Enfermagem Psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 171–176, set. 2013.

FERNANDES, C. J. et al. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 36, n. 4, p. e00049519, 2020.

FERREIRA, E. DA S. Itinerários terapêuticos: compreensões à saúde mental no sertão alagoano. 13 out. 2020.

FONTES, B.A.S.M. Redes sociais e saúde: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. **Política & Trabalho, Revista de Ciências Sociais**, UFPB, João Pessoa, n. 26, p. 87-104, 2007.

FOUCAULT, F. **Microfísica do poder.** Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: ed. GRAAL. 22ª edição, 2006.

FREIDSON, E. **Profession of Medicine.** 1 ed., DODD, MEAD & COMPANY, 1970, 409 p.

FURLAN PM, ZUFFRANIERI M, STANGA F, ET AL. Four-Year Follow-Up of Long-Stay Patients Settled in the Community After Closure of Italy's Psychiatric Hospitals. **Psychiat Serv.** 2009; 60(9):1198-1202.

FURTADO, J. P. et al.. A concepção de território na Saúde Mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 9, 2016.

GABRIEL, T. V. **A contrarreforma psiquiátrica: uma análise dos ataques à saúde mental pública.** Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Volta Redonda, 2022. 40f.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. DE S. A.; HARRAD, D.. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA**. **Epidemiologia e Serviços de Saúde****, v. 24, n. 2, p. 335–342, abr. 2015.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**. v.10, n.1, p.1-11, 1987.

GARCIA, C. C. **Comunicação e Desrazão**: Entre contextos e mediações, o direto a voz da pessoa com esquizofrenia. 2017.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Tradução de Fanny Wrobel. Nova York: Basic Books, Inc. Publishers, 1973.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 22, n. 11, p. 2449–2463, nov. 2006.

GERHARDT, T. E., BURILLE, A.; MULLER, T. E. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. IN: GERHARDT, T. E. et al. **Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ - ABRASCO, 2016, p. 27-97.

GERHARDT, T. E.; RUIZ, E. N. F. Itinerários terapêuticos: dispositivo revelador da cultura do cuidado e do cuidado na e da cultura. IN: PINHEIRO, R. et al. **Cultura do Cuidado e o Cuidado na Cultura: dilemas, desafios e avanços para efetivação da integralidade em saúde no Mercosul**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2015, p. 255-270.

GOMES, I. S.; CAMINHA, I. O. Guia para estudos de revisão sistemática: uma opção metodológica para as ciências do movimento humano. **Movimento**, v. 20, n. 1, p. 395-411, 2013.

GUEDES, D. C. V. **Itinerários terapêuticos em busca do bem viver**: saúde mental na comunidade indígena Mendonça do Amarelão (RN). Dissertação —[s.l.] Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 29 nov. 2022.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **Revista O Social em Questão**, ano XXII, nº 44, mai./ago., 2019.

HOMERCHER, B. M.; VOLMER, A.. Interloquções entre acolhimento e crise psíquica: percepção dos trabalhadores de uma Unidade de Pronto-Atendimento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 3, p. e310312, 2021.

HOPIA, H.; LATVALA, E.; LIIMATAINEN, L. Reviewing the methodology of an integrative review. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 30, n. 4, p. 662-669, 2016.

ILLICH, I. Clinical damage, medical monopoly, the expropriation of health: Three dimensions of iatrogenic. **Journal of Medical Ethics**, Londres, v. 1, n. 2, p. 78-80, 1975.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia. Nota Técnica nº 21. Perfil

JULIANO, M. C. C.; YUNES, M. A. M.. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente & Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 135–154, jul. 2014.

JÚNIOR, R. M.; BARRETO, A. I. F. Uma discussão sobre a possibilidade de internação em comunidade terapêutica. **Revista de Direito da Saúde Comparado**, v. 3, n. 4, p. 80–100, 12 jul. 2024.

KIRKEVOLD, M. Integrative nursing research – an important strategy to further the development of nursing science and nursing practice. **Journal of Advanced Nursing**, 25, 977–984, 1997.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science & Medicine**, v. 12, p. 85-93, 1978.

KLEINMAN, A., 1980. Patients and Healers in the Context of Cultures. An Exploration of Boderland between Anthropology and Psychiatry. Berkeley/Los Angeles: University of California Press.

KLOPPER, R.; LUBBE, S.; RUGBEER, H. The matrix method of literature review. **Alternation**, v. 14, n. 1, 262-276, 2007.

LATORRACA, C. O. C. et al. Busca em bases de dados eletrônicas da área da saúde: por onde começar. **Revista Diagnóstico & Tratamento**, v. 24, n. 2, p. 59-63, 2019.

LEITE, G. **A árdua tarefa de resgatar a Saúde Mental no Brasil**. Outras Palavras - Jornalismo de Profundidade e pós-capitalismo. 12 abr. 2023. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/a-ardua-tarefa-de-resgatar-a-saude-mental-no-brasil/>. Acesso em 05 nov. 2023.

LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 979-1004, 2011.

LIMA, C. H.; CUNHA, J. S.; SAMPAIO, T. **O desafio ético-político do governo para a reconstrução do campo da saúde mental no Brasil**. 22 fev. 2023. Carta Capital (online). Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/observatorio-banco-central/o-desafio-etico-politico-do-governo-para-a-reconstrucao-do-campo-da-saude-mental-no-brasil>. Acesso em: 05 nov. 2023.

LINI, E. V.; PORTELLA, M. R.; DORING, M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 1004–1014, dez. 2016.

LOPES, C. J. Entre aderir e resistir: percursos de produção de vida e cuidado em saúde mental. 2013.

M NGIA, E. F.; YASUTAKI, P. M. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. **Rev. ter. ocup**, v. 19, n. 1, p. 61–71, 2008.

MADEIRA, L. M.; DUARTE, E. D. IN: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. **A gestão hospitalar e a integralidade da assistência: o caso do Hospital Sofia Feldman**. IN: Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro, EDUCS, 2006. p.65-79.

MARIANO, C. M.. (2017). Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista De Investigações Constitucionais**, v. 4, n. 1, 259–281.

MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva: formas e razão da troca nas sociedades arcaicas. IN: _____. **Sociologia e antropologia**. Tradução de Paulo Neves. São Paulo: Cosac Naify, 2003, p. 183-314.

MECHANIC, D.; VOLKART, H. Stress, illness behavior, and the sick role. **American Sociological Review**, v. 26, n. 1, 1961, p. 51-58.

MEDEIROS, C. R. G.; GERHARDT, T. E.; SILVA JUNIOR, A. G. As trajetórias assistenciais revelando a rede de atenção à saúde dos portadores de doenças cardiovasculares. In: GERHARDT, T. E. et al. (ed.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ: ABRASCO, 2016. p. 421-437.

MEDEIROS, L. A. M. Sobre-viventes: entre o mal-estar da existência e a gestão do cuidado de si. [s.l.] [s.n.], 2019.

Melman, J. (2002). **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras.

MELO, A. M. C. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 8, n. 9, p. 84-95, 2012.

MELO, K. M. M. D.; MALFITANO, A. P. S.; LOPES, R. E. Os marcadores sociais da diferença: contribuições para a terapia ocupacional social. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [S. l.], v. 28, n. 3, p. 1061–1071, 2020.

MENDES, K.D.S., SILVEIRA, R.C.C.P., GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.4. p.758-64, 2008.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho em saúde**. Rio de Janeiro, nov. 2005. Disponível em: <https://app.uff.br/slab/uploads/trabalho_em_saude.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2023.

MILHOMENS, A. E.; MARTIN, D. Rupturas e transformações na vida de jovens acompanhados em um CAPS adulto. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1105–1123, 2017.

MORAES, P. H.; ZAMBENEDETTI, G. As Tecnologias Relacionais e a Produção de Itinerários Terapêuticos em Saúde Mental. **Estud. pesqui. psicol.** (Impr.), v. 21, n. 3, p. 908–928, out. 2021.

MÜHL, C. **Veredas da loucura: experiência de doença e itinerário terapêutico**. Tese (Doutorado em Sociologia) - Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, p. 255, 2019.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 65, n. 2, p. 361–367, abr. 2012.

NUNES, M. DE O. et al. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4489–4498, dez. 2019.

- NUNES, M. de O. O silenciamento da cultura nos (con)textos de cuidado em saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 31–41, 7 dez. 2011.
- OKAZAKI, C.; OLIVEIRA, M. A. F.; CLARO, H. G.; PAGLIONE, H. B.; SOARES, R. Acolhimento noturno: expectativas dos profissionais de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 2, p. 166-173, maio/ago. 2010.
- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde .Organização Mundial da Saúde (OMS). **Declaração de Caracas**. Caracas. 1990. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/declaracao_caracas.pdf> Acesso em 28 out. 2023.
- PAGE, M. J. et al. A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 31, n. 2, 2022.
- PASSOS, R. G. et al. A (re)manicomialização da política de saúde mental em tempos bolsonaristas:: A volta do eletrochoque e das internações psiquiátricas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 13, n. 37, p. 42–64, 2021.
- PAVAN, M.; SANSONI, N. **A mercantilização do feminino**: capitalismo e padrão estético. set. 2021. Disponível em: <<https://peteconomiaufes.wixsite.com/petecoufes/post/a-mercantiliza%C3%A7%C3%A3o-do-feminino-capitalismo-e-padr%C3%A3o-est%C3%A9tico>>. Acesso em 24 ago. 2024.
- PEREIRA, L. DA S. **Tecendo os fios da saúde mental em Belém/PA**: visibilidade da rede de cuidado. Tese — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.
- PERLINI, N. M. O. G.; LEITE, M. T.; FURINI, A. C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 2, p. 229–236, jun. 2007.
- PINHEIRO, R. et al. **Cultura do Cuidado e o Cuidado na cultura**: dilemas, desafios e avanços para efetivação da integralidade em saúde no MERCOSUL. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/ LAPPIS/ABRASCO, 2014, 308 p.
- PINHEIRO, R. et al. O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In: GERHARDT, T. E. et al. **Itinerários terapêuticos**: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ - ABRASCO, 2016, p. 13-24:
- PINHO, L. **Saúde Mental: retrocessos ou contrarreforma?** Disponível em: <http://idepsalud.org/leonardo-pinho-salud-mental-retrocesos-o-contra-reforma-en-brasil/>. Acesso em 26 ago. 2023. 2019.
- PINHO, P.A.; PEREIRA, P.P.G. Therapeutic itineraries: paths crossed in the search for care. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.41, p.435-47, abr./jun. 2012.
- POLIT, D. F; BECK, C. T. Using research in evidence-based nursing practice. In: POLIT, D. F. BECK, C. T. **Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization. Philadelphia**: Lippincott Williams & Wilkins, 2006, p. 457-94.
- POLTRONIERI, B. C.; SOUZA, E. R. D.; RIBEIRO, A. P. Violência no cuidado em instituições de longa permanência para idosos no Rio de Janeiro: percepções de gestores e profissionais. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 2, p. 215–226, jun. 2019.

PORTARIA Nº 121, DE 25 DE JANEIRO DE 2012. **Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.**

PRUDÊNCIO, J. D. L.; SENNA; M. C. M. Política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas: retrocessos nas concepções, desenho e financiamento. **Revista EM PAUTA - Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 49, 2022, p. 159 - 173.

RABELO, M. C. M. Narrando a Doença Mental no Nordeste de Amaralina: relatos como realizações práticas. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, Paulo C. B.; SOUZA, Iara M. A (Org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

RAÍZES. Relatório do **I Encontro Estadual de Saberes Populares e Tradicionais em Saúde - Raízes-RJ**. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos_2/relatorio-memorias-raizes-rj-versaofinal-isbn_18752_1.pdf>

REIS, L. A. dos et al. Relação familiar da pessoa idosa com comprometimento da capacidade funcional. **Aquichan**, v. 15, n. 3, 12 ago. 2015. Disponível em: <<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/5359>>. Acesso em: 19 jul. 2024.

REIS, T. L. DOS . et al.. Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 109, p. 70–85, abr. 2016.

ROCHA, H. A. DA . et al.. Psychiatric hospitalizations by the Unified Health System in Brazil between 2000 and 2014. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 14, 2021.

RODOVALHO, A. L. P.; PEGORARO, R. F. O Centro de Atenção Psicossocial segundo familiares de usuários: um estudo a partir dos itinerários terapêuticos. **SMAD, Rev. eletrônica saúde mental álcool drog**, v. 16, n. 1, p. 1–8, mar. 2020.

RODRIGUES, A. C.; SANTOS, A. de L.; SOARES, L. dos S. M. L. Saúde mental do idoso institucionalizado. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 18, n. 45, p. 3589–3589, 2023.

ROSA, E. Z. **Por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial**: o papel estratégico da Atenção Básica para um projeto de transformação social. 30 mar. 2016.

ROSSETI, D. M. G. S. **A loucura de ser mãe**: vivências da maternidade por mulheres em sofrimento psíquico em Manaus, Amazonas.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, jun 2007, p. 5-6.

ROTOLO, A. et al.. Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, p. e20180303, 2019.

SABEH, A. C. B. et al.. Social representations of nurses of the Emergency Care Unit towards people with mental disorder . **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 57, p. e20220298, 2023.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021.

SANINE, P. R. et al.. Fatores associados à internação de usuários encaminhados pela atenção primária para acompanhamento em Centros de Atenção Psicossociais do município de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 2, p. e19932022, 2024.

SANTOS, A. M.; COSTA, R. M. O. **O lugar da enfermagem na saúde mental: encontros e desencontros**. In: NUNES, M.; TORRENTÉ, M. de; PRATES, A. (Org.). O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em saúde mental. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 143-157.

SANTOS, L. A.; KIND, L.. Itinerários Terapêuticos Percorridos por Pessoas que Tentaram Suicídio . **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 38, p. e38412, 2022.

SÁVIO, D. Integralidade nas políticas de saúde mental integralidade nas políticas de saúde mental. IN: PINHEIRO, R. E.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006, p. 171-180.

SILVA JUNIOR, A.G.; et al. Práticas avaliativas centradas no usuário e suas aproximações com os estudos de itinerários terapêuticos. In: GERHARDT, T. et al. org. **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ-ABRASCO, 2016.

SILVA, L. S. H. A. “**Nada por nós, sem nós**”: lições sobre autonomia e cuidado com pessoas internadas em sofrimento psíquico. UFF, Niterói, 2017 Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Universidade Federal Fluminense

SILVA, L. S. **O cuidado em saúde de uma família residente na Vila Esperança, bairro popular de Águas Lindas de Goiás - GO**: vivências, desafios e dilemas. Dissertação— Brasília: Universidade de Brasília, 2017.

SILVA, M. A. R. DA. **Gênero e saúde mental nos Serviços Residenciais Terapêuticos**: “fragmentos de vidas contida”. Tese—Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

SILVA, N. E. K. E. ; SANCHO, L. G.; FIGUEIREDO, W. DOS S. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 843–852, mar. 2016.

SILVA, N. F. D. S. E. Tecer ninhos, ousar voos: a produção de multiplicidades nos territórios de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 57–67, 2022.

SIRRI, L.; FAVA, G. A.; SONINO, N. The Unifying Concept of Illness Behavior. **Psychother Psychosom**, v. 8, n. 2, p. 74–81, 2013. Disponível em: <https://karger.com/paps/article/82/2/74/282679/The-Unifying-Concept-of-Illness-Behavior>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SOUSA, F. S. P. DE. **Vozes entrelaçadas sobre a desconstrução de cronicidade em saúde mental**: espaço de diálogo entre a atenção primária, especializada e hospitalar. Tese — Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2017.

- SOUZA, F. É. Avaliação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais a partir de informações em saúde. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, Florianópolis, v. 15, n. 44, p. 1–21, 4 out. 2023.
- SOUZA, F. F. DE. Cartografia de itinerários de cuidado de saúde mental em uma cidade da 6ª Regional de saúde do Paraná. [s.l.: s.n.].
- SOUZA, I. J. et al. Avaliação de Serviços de Atenção Psicossocial no Brasil: Uma revisão integrativa de literatura. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 13, n. 37, p. 91–112, 2021.
- SOUZA, M. F. D. **Cor-Agem do PSF**. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2004.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, pt. 1, p. 102-106, 2010.
- TABET, L. P. et al.. Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1187–1198, out. 2017.
- TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. cienc. saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 1, p. 25-59. Abril de 2002.
- TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 10, n. 19, p. 61–76, jun. 2006.
- TIBURTINO, G. “Saúde mental é política de Estado”. **Radis online**. Disponível em: <<https://radis.ensp.fiocruz.br/entrevista/saude-mental-e-politica-de-estado/>>. Acesso em 17 jun. 2024.
- TOLEDO, M. M. **Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS: revisão integrativa** [dissertação mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.
- TRAD, L. A. B. Jovem, negro e “fora de lugar”: contextos de violência estrutural ou racismo à brasileira. IN: PINHEIRO, R. et al. Cultura do Cuidado e o Cuidado na cultura: dilemas, desafios e avanços para efetivação da integralidade em saúde no MERCOSUL. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/ LAPPIS/ABRASCO, 2014, 308 p.
- UCHÔA, E.; VIDAL J. M. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, out/dez 1994.
- VALLA, V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. **Interface Comun Saúde Educ**, v. 4, n. 7, p. 37-56, 2000.
- VASCONCELOS, E. M. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 17-74.
- VASCONCELOS, M. G. F. **Família e atenção à saúde mental: sentidos, práticas e itinerários terapêuticos**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza - Ceará, p. 168, 2014,

VASCONCELOS, M. G. F. **Família e atenção à saúde mental**: sentidos, práticas e itinerários terapêuticos. Fortaleza - Ceará: Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, 2014.

VELHO, G. Projeto, emoção e orientação em sociedades complexas. IN: VELHO, G. **Individualismo e Cultura**: Notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Expresso Zahar, 1981, p. 13-37.

VIEIRA, N. R. S.; PEGORARO, R. F. Explicações de familiares sobre o sofrimento psíquico: diversidade e integralidade em questão. **Psicol. Estud. (Online)**, v. 25, p. e41796–e41796, 2020.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. Rio de Janeiro, **Saúde em Debate**, v. 32, n. 78, p. 27-37, 2008.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Rev. Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 173-190, 2018.