

## INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA E CAPS-CIDADE: UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DAS(OS) USUÁRIAS(OS)

Nilson Sant' Ana Aliprandi<sup>1</sup>,  
 Patriana dos Santos Teixeira<sup>1</sup>,  
 Vitória Tedoldi Moreira<sup>1</sup>,  
 Adriana Elisa de Alencar Macedo<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Acadêmicas(os) do curso de Psicologia do Centro Universitário Multivix – Vitória

<sup>2</sup> Doutora - Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário Multivix – Vitória

### RESUMO

O presente artigo resulta do desdobramento da Iniciação Científica (IC), do Centro Universitário/Faculdade Multivix Vitória, juntamente com a FAPES, Edital nº 05/2021, intitulada “Saúde Mental, Direitos Humanos e a Reforma Psiquiátrica no CAPS Cidade de Cariacica – ES”. A metodologia utilizada é com base na pesquisa narrativa, através de entrevistas semiestruturadas das(os) usuárias(os) do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Cidade que tiveram experiência com internações psiquiátricas, sendo que a coleta de dados científicos intitulada *história oral* possibilita o protagonismo das(os) usuárias(os) participantes da pesquisa. Os resultados apontaram o CAPS como o serviço de preferência das(os) entrevistadas(os) em comparação aos serviços de internação psiquiátrica.

### PALAVRAS-CHAVE

CAPS; Internação Psiquiátrica; Relato do Usuário; Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica.

### ABSTRACT

The present article is a result of the development of scientific initiation program at the Multivix University Vitória, jointly with FAPES, Notice no. 05/2021, entitled "Saúde Mental, Direitos Humanos e a Reforma Psiquiátrica no CAPS Cidade de Cariacica – ES". The methodology employed is based on narrative research, through semi-structured interviews with users of the Centers for Psycho-social Attention - CAPS Cidade who have had experiences with psychiatric hospitalizations. The collection of scientific data, titled oral history, enables the protagonism of the users involved in the research. The results indicated that CAPS was the preferential choice service among the interviewees compared to psychiatric hospitalization services.

### KEYWORDS

CAPS; Psychiatric Hospitalization; User Report; Mental Health; Psychiatric Reform.

### INTRODUÇÃO

O presente artigo resulta do desdobramento da Iniciação Científica (IC), do Centro Universitário/Faculdade Multivix Vitória, juntamente com a FAPES, Edital nº 05/2021, intitulada “Saúde mental, direitos humanos e a reforma psiquiátrica no CAPS Cidade de Cariacica – ES”. A pesquisa utilizou mais de uma metodologia, no entanto para a elaboração deste artigo se fez o uso da ferramenta de coleta de dados científicos intitulada história oral a fim de ampliar o protagonismo das(os) usuárias(os) participantes da pesquisa, apresentando-se como uma pesquisa narrativa. Neste sentido, na presente reflexão discorreremos sobre a participação das(os) usuárias(os) dos serviços de saúde como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS),

visto que a participação destes desempenha um papel fundamental na execução das políticas públicas na área da saúde, por se tratar de quem é impactado diretamente pela qualidade desses serviços (BRASIL, 1990). Os autores Moreira e Bosi (2019) destacam uma lacuna dentre os artigos sobre saúde mental que utilizam a abordagem qualitativa, ao passo que Rodrigues *et al.* (2020) verificou a existência de poucas pesquisas sobre a avaliação do tratamento em serviços ambulatoriais. Portanto, esta pesquisa justifica-se com base na importância da avaliação das(os) usuárias(os) dos serviços de saúde mental, assim como, na escassez de produções científicas envolvendo-as(os) e a relevância da sua experiência.

Ao longo da história, a loucura ocupou diferentes espaços e diferentes significados na sociedade, ou seja, na antiguidade, a loucura obteve caráter mitológico misturada à normalidade, no tempo em que a escrita inexistia e os deuses decidiam tudo, o “louco” era uma espécie de ponte com o oculto; Neste sentido, Foucault (1978), teoriza acerca da existência da produção de uma forma de relação com a loucura, especificamente, afirmando ser a loucura uma “alienação mental” que depois tornaria-se “doença mental”.

Essa mudança traz diversas consequências em como o sujeito dito louco ocupa seu espaço na sociedade, esse sujeito passa a ser isolado dos “não loucos”, retirado do convívio social sob a justificativa da necessidade do afastamento desse sujeito para que ele pudesse ser curado (Almeida, 2020).

Esse modo de tratar a loucura iniciou na Europa, mas aportou em outros continentes. No Brasil o primeiro hospício foi inaugurado em 1852, sendo sucedido pela abertura de vários manicômios pelo país, sendo o tratamento dos transtornos mentais voltados a esses espaços. Mas esse espaço que tinha intuito terapêutico, se tornou um lugar de violação de direitos, exclusão social, marginalização, práticas violentas, cerceamento da autonomia e liberdade. (Guimaraes *et al.*, 2013).

Neste sentido, movimentos críticos ao modelo manicomial surgiram em diversos países, que influenciaram o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil (Almeida, 2020). Em relação a isto, podemos citar o Movimento de Redemocratização do Brasil, os diversos movimentos sociais emergidos entre as décadas de 70 (período ditatorial) e 1988 (ano da Constituição Federal Cidadã), que engendra o movimento de Luta Antimanicomial.

Segundo Amarante e Nunes (2018), até a década de 1970, não existiram grandes feitos pela luta da reforma psiquiátrica no Brasil. A partir de 70 com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e sua subsidiária Organização Panamericana de Saúde (OPAS), é que essa luta começa a ganhar forma e movimento no país. No Brasil, o trabalho do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) foi um marco histórico de mobilização na luta que buscava transformações no campo da saúde mental.

A RPB foi um movimento complexo e seus desdobramentos resultam no que hoje conhecemos como campo da saúde mental. Uma das conquistas mais expoentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi a implementação de um modelo substitutivo ao modelo manicomial, que são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que tem como principal proposta, a inserção social e autonomia das pessoas com sofrimento mental (BRASIL, 2011).

Apesar das conquistas que a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial têm alcançado ao longo dos anos, como o fim dos manicômios, ainda se observa uma hegemonia na instituição hospitalar, contrária ao que é proposto nas regulamentações dos serviços substitutivos organizados em oposição a tal hegemonia. Assim, após décadas de instituições manicomiais, estigmatização e exclusão da loucura, a existência do modelo alternativo não garante a mudança instantânea da cultura e da postura das(os) profissionais frente aos sujeitos com sofrimento psíquico, podendo reproduzir práticas semelhantes às práticas manicomiais ainda hoje, como a desvalorização dos sujeitos ditos loucos (Almeida, 2020).

Desta forma, faz-se necessário que esses sujeitos sejam valorizados e suas experiências levadas em consideração no planejamento e construção dos serviços de saúde mental, de forma que essas pessoas tenham seus direitos respeitados, em concordância com os ideais da Reforma Psiquiátrica. Neste sentido, o presente artigo abordará sobre a internação psiquiátrica e o CAPS, partindo da perspectiva das(os) usuárias(os) do CAPS-Cidade, localizado na cidade de Cariacica – ES, que já experienciaram ambas as modalidades de tratamento em saúde mental.

## 1. INSTITUIÇÕES TOTAIS

Segundo Goffman (2005) uma instituição total tem como identificação um espaço que se caracteriza por ser fechado e que promove internação de pessoas, afastando esses indivíduos da sociedade. Esses espaços podem ser de uma residência, de trabalho ou de alguma atividade específica, podendo ter caráter terapêutico, educacional ou corretivo. Que as pessoas nessa instituição total estão sob acompanhamento ou vigilância de uma equipe. Goffman (2005.p.16) pontua que “toda instituição conquista parte do tempo e do interesse dos seus participantes e lhes dá algo de um mundo”.

Continuando com Goffman (2005), ele traz algumas características de instituições totais que foram divididas em cinco grupos: a) espaço para cuidar de pessoas que são incapazes e inofensivas, como casas para cegos, velhos e órfãos; b) espaço para cuidar de pessoas incapazes de cuidar de si mesma e que podem ser uma ameaça a sociedade, mesmo não intencionalmente são sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários; c) espaço organizado para proteger a sociedade de perigos intencionais e o bem estar das pessoas que são isoladas como cadeia, penitenciárias, campos e etc; d) espaço para realizar algum trabalho ou tarefa de forma adequada como quartéis, navios, escolas internas e etc; f) espaço para ser um refúgio do mundo, principalmente para religiosos como abadias, conventos e etc.

Desta forma, iremos abordar nos próximos tópicos, 2.1, 2.2 e 2.3, o histórico de constituição e as características das instituições analisadas, internação psiquiátrica, CAPS e CAPS Cidade, evidenciando as características que as aproximam ou distanciam de instituições totais. A compreensão da análise dos relatos das(os) usuárias(os) e das relações entre a instituição analisada e as(os) usuárias(os), para que assim trace e traçado uma ideia de como se configura e comporta a política de saúde mental no CAPS Cidade e no município de Cariacica ou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

### 1.1 Internação Psiquiátrica

A partir dos estudos empreendidos até aqui, compreendemos que, devido ao desenvolvimento da industrialização, o crescimento das cidades, o poder das relações políticas, dentre outras mudanças, em meados do século XVIII, a loucura foi colocada

como uma forma de exclusão. Cabe registrar, que foi nessa época, na Europa, que ocorreu a criação das primeiras instituições de internação para receber o sujeito dito louco.

Porém, vale dizer que tais instituições tratavam seus assistidos como prisioneiros, e cada um deles portava uma necessidade/condição específica, como por exemplo: mendigos, portadores de doenças venéreas, loucos, vagabundos, libertinos, eclesiásticos em infração, bandidos, enfim, todos aqueles que demonstravam potencial para colaboração com a desordem social e de desorganização moral (Millani e Valente, 2008).

Segundo os autores, Teixeira e Ramos (2012), o Brasil, teve como primeira instituição para atendimento do sujeito dito louco, o Hospício de Pedro II, este inaugurado em 1852, na sede da corte imperial brasileira, localizada na cidade do Rio de Janeiro. Também conhecido como “Palácio da Praia Vermelha”, ele chamava atenção pela grandeza arquitetônica, símbolo da modernidade científica e tecnológica de uma nação; este foi também o primeiro manicômio ao sul da linha do Equador, primeiro hospício da América Latina.

Contudo, o avanço com a criação do Hospício de Pedro II, no Brasil, coincidiu com o mesmo período em que foi promulgada a Lei de 30 de junho de 1838, na França. Esta lei colocou os asilos de alienados na posição de frente da medicina hospitalar naquele período. O alienismo, que emerge no início do século XIX, sugere uma resposta da ciência médica à questão da loucura, como alienação mental, e que esta deveria ser tratada por uma especialidade médica.

Esse espaço que se dizia dotado de um intuito terapêutico, se tornou um lugar de violação de direitos, exclusão social, práticas violentas, cerceamento da autonomia e liberdade, violando direitos dessas pessoas com transtornos mentais, desrespeitando-os, agindo com violência, reduzindo suas potencialidades até se tornarem incapazes de se reintegrar na sociedade. (Guimarães *et al.*, 2013). Essa mudança de perspectiva da loucura aconteceu no mundo todo, devido a fatores sociais, inclusive no Brasil.

No Brasil, na década de 1970, século XX, as instituições manicomiais começaram a ser bombardeadas de denúncias sobre a precariedade, negligência, abandono, violência e diversas violações de direitos que ocorriam nesses espaços, culminando na organização do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), que

lutam por melhores condições de assistência às pessoas em sofrimento psíquico e, sob influência de movimentos reformistas que aconteciam em diferentes países, na mesma época, também lutaram pelo fim do modelo manicomial (Almeida, 2020).

Após as conquistas dos diversos segmentos, quais sejam: MTSM, das pessoas com transtornos mentais e seus familiares; destaca-se a promulgação da Lei nº 10.216/2001, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). A assistência à saúde mental no país é redirecionada, priorizando os serviços comunitários de saúde mental e estabelecendo regras para as ocasiões nas quais as internações se fazem necessárias.

Sendo assim, a internação psiquiátrica ainda é utilizada, mas de acordo com o Artigo 4º da Lei 10.216/2001, “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.” (BRASIL, 2001). Contudo, a legislação não descreve o que é “insuficiente” e não estabelece critérios delimitados que justifiquem a escolha da internação como opção terapêutica.

Em síntese, nota-se que a internação hospitalar se caracteriza enquanto uma instituição total, porque mesmo com sua proposta terapêutica, continua sendo um espaço fechado, que promove a internação de pessoas, afastando-as do convívio social e mantendo-as sob o acompanhamento e a vigilância constante de uma equipe de saúde.

## **1.2 O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**

O surgimento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) deriva das críticas à institucionalização da loucura nos manicômios, e da busca pela criação de um serviço substitutivo, com práticas inovadoras.

Nesse contexto surgiu o primeiro CAPS inaugurado na cidade de São Paulo em 1986, nomeado Professor Luís da Rocha Cerqueira. Esse serviço foi instituído nacionalmente pela Portaria n. 224/1992. Em 2001 foi promulgada a Lei 10.216/2001, que redireciona a assistência à saúde mental no país, priorizando os serviços comunitários, que tem o CAPS como principal equipamento de execução desta política. No ano de 2002 ele foi regulamentado, reestruturado e ampliado pela Portaria

nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, ganhando novas modalidades. E em 2011, com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o CAPS passou a ser integrado aos outros pontos de assistência e atenção à saúde articulados por essa Rede.

De acordo com a Portaria nº 336/2002, os CAPS são serviços de saúde mental que têm como objetivo oferecer atendimento e acompanhamento às pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes, em um espaço acolhedor e integrado à comunidade, onde as pessoas possam ser tratadas de forma humanizada. Seu funcionamento baseia-se em uma abordagem multidisciplinar e integrada, que busca valorizar a singularidade de cada pessoa atendida, com um projeto terapêutico individual, que é uma elaboração conjunta da(o) usuária(o) e da equipe. A equipe é composta por profissionais de diferentes áreas, como psicólogas(os), psiquiatras, enfermeiras(os), assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outras(os).

O serviço é organizado em diferentes modalidades que se diferenciam de acordo com porte, complexidade e abrangência populacional. As características de cada modalidade são descritas no Artigo 4º da Portaria nº 336/2002.

Nota-se que as seguintes atividades são comuns a todos os CAPS: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social; fornecimento de refeição diária aos pacientes de acordo com o tempo de permanência no serviço.

De acordo com as regulamentações que os instituem, os CAPS se propõem a romper com a lógica manicomial, sendo que a única característica total que se mantém seria o acompanhamento por uma equipe. Logo, a partir do surgimento dos CAPS, o Brasil avançou no campo da saúde mental, promovendo a desinstitucionalização das instituições manicomiais, bem como o fortalecimento da atenção comunitária. O CAPS representa um importante conquista na luta pela garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, proporcionando cuidado humanizado, inclusão social, respeito à diversidade psíquica, contribuindo para o rompimento dos estigmas acerca da loucura e dos transtornos mentais.

### 1.3 O CAPS Cidade

O local da coleta de dados foi o CAPS Cidade, que é identificado como um CAPS II, localizado no Centro Regional de Especialidades (CRE) Metropolitano, um serviço de saúde com características hospitalares, do município de Cariacica, integrante da região metropolitana da Grande Vitória. Sua administração é realizada pelo Governo do Estado do Espírito Santo, por meio da Secretaria da Saúde (SESA), e atende 333 usuárias(os). O CAPS é voltado para pessoas adultas com transtornos mentais graves assistidos por meio de demanda espontânea ou por encaminhamento de outros serviços de saúde do território de Cariacica. Os profissionais realizam o acolhimento e uma avaliação psicossocial para continuidade do tratamento. (SESA, 2023).

É importante ressaltar que o CAPS Cidade deveria funcionar como serviços especializados de saúde mental de caráter aberto e comunitário, ou seja, as(os) usuárias(os) deveriam estar inseridas(os) na comunidade, mas na realidade estão em um ambiente que tem características hospitalares, afastado de outras estruturas da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e de um território que possibilitaria ter a convivência com a comunidade local. Tal característica destaca-se por estar distante do que orienta a Portaria nº 336/2002 para a localização dos CAPS e contribui para a perpetuação da lógica manicomial de que o lugar da pessoa com transtorno mental é somente nos serviços de saúde. Em adição, Cariacica possui outro CAPS anexado a um hospital, o CAPS Moxuara é vizinho do HEAC - Hospital Especializado em Atenção Clínica, que opera na mesma estrutura física onde funcionava o antigo manicômio Aduino Botelho<sup>1</sup>. A localização desses serviços dá indícios de como a política de saúde mental é vista no município de Cariacica, voltada para os espaços hospitalares, com resquícios da lógica manicomial segregadora.

No CAPS Cidade os atendimentos são realizados de forma individual e/ou coletiva, essas usuárias(os) são acompanhadas(os) periodicamente de acordo com o Projeto Terapêutico Singular (PTS), é uma forma de organização da gestão do cuidado, instituída no processo de trabalho em saúde entre as equipes da Atenção Básica. que

---

<sup>1</sup> O Hospital colônia Aduino Botelho - hoje chamado de Hospital Estadual de Atenção clínica (Heac) - Localizado na cidade de Cariacica, município da Região Metropolitana de Grande Vitória, aproximadamente 11km do centro da capital do Espírito Santo. Hospital psiquiátrico, que realizava internações de pessoas com transtornos mentais e as isolavam. (Carrion *et al*, 2014)

viabiliza a interação entre profissionais e usuárias/os da atenção básica, permitindo o estudo dos casos a partir do compartilhamento entre equipes (Miranda *et al*, 2012). Em que a quantidade de acolhimento diária varia entre 30 e 40 pessoas. É um serviço porta aberta, acolhendo as pessoas encaminhadas por outros serviços de saúde ou por demanda espontânea. O seu funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 7h às 17h, exceto nos feriados.

Na unidade são prestados serviços de Psiquiatria, Psicologia, Terapia Ocupacional, Farmácia, Enfermagem, Serviço Social e assistência farmacêutica. Além disso, durante o tratamento na unidade, as(os) usuárias(os) recebem refeições de café da manhã, almoço e café da tarde, participam de oficinas terapêuticas como: oficinas de economia solidária, grupo de Gestão Autônoma de Medicação (GAM), artesanato, fala livre, karaokê, cinema, recitais, pintura de quadros, passeios, dentre outras atividades que têm como objetivo incentivar a interação, o laço afetivo e a reabilitação psicossocial.

Além disso, no CAPS Cidade constituiu um grupo de ouvidores de vozes que são grupos de pessoas que buscam autoajuda mútua, sendo espaços coletivos para a troca de experiências, compartilhamento de informações e experiências para melhor convivência com as vozes. (Kantorski *et al.*, 2017). Atualmente o grupo de ouvidores de vozes não está mais disponível no CAPS Cidade.

Como já mencionado neste trabalho, os CAPS que opera alinhado às regulamentações que o instituem mantém a característica total de as(os) usuárias(os) serem acompanhados por uma equipe, ainda assim, representam um serviço potente para a promoção da desinstitucionalização da loucura e a integração das pessoas com transtorno na comunidade. No entanto, ao se distanciar do que é proposto para a localização do serviço, o CAPS Cidade acaba indo de encontro com o objetivo de integrar essas pessoas à comunidade e em vez disso ocorre o afastamento deles, sendo essa mais uma característica de instituição total percebida neste serviço.

#### **1.4 A Importância da Experiência das(os) Usuárias(os) na Política de Saúde Mental**

A experiência das usuárias(os) dos serviços de saúde desempenha um papel fundamental na execução das políticas públicas na área da saúde e é uma das diretrizes do SUS. As usuárias(os) são a peça-chave do sistema de saúde, pois são

aquelas(es) que vivenciam diretamente os resultados dos serviços oferecidos, e suas experiências e opiniões podem fornecer informações valiosas para melhorar a qualidade e a eficiência do sistema como um todo (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Humanização, que se faz presente em todo o SUS, destaca a importância da comunicação entre as(os) trabalhadoras(es), usuárias(os) e gestoras(es) do SUS na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho, com potencial de gerar mudanças, as quais são construídas de forma coletiva e compartilhada (BRASIL, 2010).

O parecer das(os) usuárias(os) é importante para a política pública, também deveria ser valorizada no meio acadêmico, contudo, na produção de seu artigo “Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil” as autoras fizeram uma busca nas bases bibliográficas por artigos sobre a saúde mental que utilizavam a abordagem qualitativa e constataram uma escassez no emprego desse método de estudo comparado ao uso do método quantitativo (Moreira; Bosi, 2019). De modo semelhante Rodrigues *et al.* (2020) também se depararam com poucos estudos sobre a avaliação do tratamento em serviços ambulatoriais e enfatizaram a importância de ter ciência da opinião dos usuários sobre o tratamento que utilizam.

Portanto, a pesquisa sobre a percepção das(os) usuárias(os) sobre os serviços de saúde, além de beneficiar o próprio serviço servindo de indicativo de qualidade e possíveis melhorias, beneficia a comunidade científica preenchendo uma lacuna e fornecendo dados com características diferentes dos dados quantitativos hegemônicos, os dados coletados nesta pesquisa contém mais sobre os significados das experiências das(os) participantes do que sobre o acontecimento concreto. Pereira e Palma (2018) fizeram a mesma escolha para a sua pesquisa intitulada “Sentidos das oficinas terapêuticas ocupacionais do CAPS no cotidiano dos usuários: uma descrição fenomenológica” e na ocasião justificaram:

É nosso objetivo neste artigo verificar a percepção dos usuários acerca dos sentidos das atividades terapêuticas ocupacionais do CAPS em seu cotidiano, buscando sempre o seu ponto de vista. A relevância desse projeto está em enfatizar que são os usuários que sabem, porque experimentam, tudo aquilo da experiência que os mantêm presos aos códigos ou, pelo contrário, tudo que os liberta e acata sua voz (Pereira; Palma, 2018, p.3).

Além do benefício à ciência e às políticas públicas citadas anteriormente, a escolha do uso da história oral também se trata de uma escolha política. A escolha feita no presente projeto, de analisar as entrevistas das(os) usuárias(os) que passaram pela internação psiquiátrica e fazem uso do CAPS, buscou dar destaque à sua narrativa, ampliando o alcance da sua experiência e colaborando para o protagonismo das(os) usuárias(os) dos serviços de saúde mental, valorizando o relato trazido pelo sujeito dito louco, que trata-se de uma população que passou e ainda passa por um histórico de marginalização e opressão, resultando no silenciamento ao longo do tempo. Então, entrevistar as(os) usuárias(os) garante uma nova perspectiva e permite questionar a verdade unicamente produzida a partir do saber-poder do profissional de saúde.

Conclui-se, portanto, que para além da melhoria na qualidade do serviço e na formulação e/ou reformulação de políticas públicas, a participação social e comunitária é um fundamento democrático do Sistema Único de Saúde (SUS), importante para promover a inclusão e romper com a hierarquização do poder, que inclusive tem sido uma das principais vias de movimentação da reforma psiquiátrica e da inclusão das pessoas em sofrimento mental (Amarante e Nunes, 2018).

## **2. METODOLOGIA**

Este trabalho trata-se de uma pesquisa de natureza básica estratégica, de acordo com Gil (2022), esse tipo de pesquisa tem o propósito de adquirir novos conhecimentos relacionados a áreas amplas, sendo que esses conhecimentos produzidos objetivam a solução de problemas práticos.

Quanto aos propósitos gerais, essa pesquisa se caracteriza como exploratória e descritiva. Exploratório por ter como objetivo uma maior familiaridade com a problemática proposta, de forma a torná-la mais evidente; e descritivo porque, uma vez que a problemática tiver sido investigada e mais bem compreendida, sendo realizada uma descrição da população participante, assim como do fenômeno do qual se trata o presente trabalho (Gil, 2022).

Trata-se de uma pesquisa narrativa e as informações coletadas foram sujeitadas à abordagem qualitativa de análise de dados. A escolha dessa abordagem se justifica pelo fato de que o objeto de estudo, a perspectiva das(os) usuárias(os) em relação à internação psiquiátrica e o CAPS, teve como objetivo a descrição da vivência

de um grupo de pessoas, com o intuito de compreender os significados e o entendimento dessa população sobre o fenômeno estudado, tais dados não são melhor explicados ou interpretados através de uma abordagem quantitativa, os meios de quantificação seriam insuficientes para alcançar o proposto por este estudo, portanto, o método qualitativo foi elegido por ser o mais adequado, através de interpretações, relações e organização dos dados, considerando os significados proporcionados pelo contexto em que eles foram coletados (Gil, 2021).

O projeto de iniciação científica contou com a entrevista de 20 usuárias(os) e para este trabalho utilizou-se a pergunta “você já foi internada em um hospital psiquiátrico?” como critério de exclusão, uma vez que um objetivo deste artigo seria fazer um comparativo entre a internação psiquiátrica e o acompanhamento no CAPS Cidade, reduzindo para 12 o número de entrevistas analisadas. As perguntas utilizadas foram “Você já ficou internada em um hospital psiquiátrico? Como foi essa experiência?” e “Tem diferença entre o CAPS e o hospital psiquiátrico? Qual?”.

As(os) participantes desta pesquisa foram 12 usuárias(os) do CAPS Cidade de Cariacica, maiores de 19 anos e que já experienciaram um ou mais períodos de internação psiquiátrica, seja em instituições asilares ou hospitais gerais.

A coleta de dados, realizou-se através de entrevistas semiestruturadas, que possibilitaram à pesquisadora uma aproximação e maior conhecimento acerca dos participantes. Posteriormente, de forma mais diretiva ao objetivo do trabalho, será usada a metodologia da história oral. Este novo campo de pesquisa, é uma metodologia tem sido utilizada pela Psicologia como uma ferramenta política de protagonismo da(o) usuária(o) de saúde mental, que permite questionar a verdade unicamente produzida a partir do saber do profissional de saúde, que pode ocupar um espaço hierarquizado de poder (Portelli, 2012).

A metodologia da história oral foi a escolhida uma vez que a população alvo da pesquisa trata-se de sujeitos historicamente menos valorizados, tendo suas narrativas menosprezadas ou invisibilizadas. Portanto, tem o objetivo de evidenciar esses sujeitos, realçando os fatos que não foram descritos ou valorizados por outros meios.

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, em consonância às resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Plataforma Brasil.

Deu-se continuidade à pesquisa e fora apresentado aos usuários do serviço, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) onde constam os riscos e benefícios da atividade proposta, bem como suas garantias de sigilo e segurança, outorgando-nos autorização para prosseguir com os passos propostos.

Após a coleta de dados através das entrevistas, os relatos serão analisados e as informações observadas serão organizadas e verificadas de acordo com o que é previsto para o funcionamento tanto das internações psiquiátricas quanto dos CAPS, assim como serão elencados os impactos que cada participante observou ao acessar cada serviço, com o objetivo de averiguar a satisfação das(os) usuárias(os) do serviço, assim como efetividade do tratamento, melhoria de qualidade de vida e maior adesão às terapêuticas propostas.

As informações obtidas serão analisadas tendo como parâmetro o que já é proposto pelas leis 8.080/1990; 8.142/1990; 10.216/2001; a portaria nº 336/2002; a portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); e a Política Nacional de Humanização, de modo a verificar se o proposto por essas regulamentações está sendo respeitado, assim como de modo a fornecer novos dados com o protagonismo das(os) usuárias(os) dos serviços de saúde mental, com a utilidade de gerar impactos na reformulação das políticas públicas atuais e na formulação de políticas públicas futuras e na elaboração de outros trabalhos acadêmicos sobre o tema.

### **3. RESULTADO E DISCUSSÃO**

As(os) respondentes foram 7 usuárias e 5 usuários e a partir das respostas obtidas nas entrevistas é possível observar alguns tópicos comuns no conteúdo das falas, sendo que os eixos temáticos identificados foram dos relacionamentos das(os) profissionais com as(os) usuárias(os) e das(os) usuárias(os) com sua própria rede social, medicalização e a autonomia das(os) usuárias(os) nos serviços.

Os trechos abaixo apontam para um afastamento dos vínculos afetivos familiares vivenciados pelas(os) usuárias(os) no momento de internação, sendo essa uma das características das instituições totais.

*“[...] num foi um momento muito bom pra mim, que foi quando o meu esposo me deixou... que eu tava muito doente... ele me deixou... e foi mora com a minha vizinha... aí eu fiquei sozinha lá... aí meus filho que ia me ve... o dia de visita... ia lá leva as coisa pra mim.” (Participante 1).*

*“Eu tive que ficar longe do meu filho, meu filho ficou com a minha sobrinha e eu fiquei internada seis meses, aí depois eu falei “ó, eu quero ir embora porque eu não aguento mais ficar longe do meu filho, ficar longe do meu bebê.” (Participante 3).*

Os próximos trechos abordam a relação entre as(os) trabalhadoras(es) do CAPS Cidade de Cariacica e as(os) usuárias(os). O relacionamento entre estes é descrito como afetuoso, carinhoso, respeitoso e atencioso, com frequência descrevem como se fossem uma família, aparentando um vínculo bem construído. Enquanto isso, a internação é percebida como um momento desagradável, onde foram desrespeitadas(os) e relatam terem se sentido maltratadas(os).

*“No início que eu fui bem tratada quando a doutora [...] era daqui ainda responsável ela me tratava super bem me deu uma agenda... né... aqui:... aqui eu já falei pa todo mundo e inda falo que é como se fosse minha segunda casa... aqui é pra mim como se todo mundo fosse minha família... sou bem respeitada aqui todo mundo me trata super bem... quando eu preciso desabafar alguma coisa chama a [...] elas me escutam... então aqui pra mim é supe/excelente aqui é como se fosse minha segunda casa e minha... minha segunda família... já lá pra mim... num tem nada de agradável... porque lá eles num trata a gente bem:... eles machuca a gente... e do jeito que eles me tratavam lá eu num gostava... aí eu queria sair de lá por isso que eu fiquei só um mês lá.” (Participante 2).*

E contrastando com os relatos de acolhimento e vínculo relacionados ao CAPS, existe uma repetição de experiências que indicam uma prescrição excessiva de medicamentos nos períodos de internação, um tratamento desumanizado, uma hierarquia entre o saber-poder da(o) profissional de saúde e da(o) paciente e o uso feito da medicação e da contenção física, que pode ser visto como disciplinar, normatizador e de controle dos corpos, conforme é possível observar nos relatos seguintes:

*Eu fiquei por muitas vezes no pronto socorro do São Lucas, mas a minha primeira longa internação foi no Adauto Botelho a mais de 11 anos atrás onde eu cheguei lá amarrada numa cadeira, dopada de remédio, e com a marca de uma botina no rosto. Amarrada. É foi uma internação de 3 meses ... e que sinceramente quando eu a gente volta se quando diminuíram meus remédios dentro do adauto botelho eu não tinha ilusão de ser tratada... quando você tem a sua vida roubada numa internação e quando você é internado num hospital psiquiátrico você perde a sua vida... totalmente! sua liberdade, sua credibilidade. Então a ilusão nenhuma de ser tratada. O bom, o ruim... que me aconteceu dentro hospital pra mim na época não fazia diferença. De qualquer forma eu tava... enterrada ali... e é isso, depois dessa internação eu ainda tive mais algumas (risos) mas eu também já estava acostumada para mim era indiferente, para mim se eu apanhasse ou se não, se eu comesse ou senão, era indiferente.” (Participante 8).*

Ressalta-se que o relato a seguir é o único que aponta a internação como um momento de diminuição da medicação.

*“Eu tava tomando muita quantidade de controlado... aí me internaram pa vê se eu levantava um pouco e... e se me dintoxicava... um pouco aí eu saí de lá tomando vinte e cinco... de crise eu tava tomando vinte e cinco... aí foi diminuindo agora eu to tomando dezesseis...” (Participante 1).*

Os recortes abaixo trazem relatos sobre a autonomia que as(os) usuárias(os) têm nesses serviços de saúde mental. No CAPS é permitido decidir o momento que se quer entrar ou sair e escolher se quer participar das atividades. Enquanto no hospital psiquiátrico é necessário seguir as ordens das(os) funcionárias(os), não é permitido sair quando quiser, fazendo as pessoas se sentirem presas.

*“Quando você tem a sua vida roubada numa internação e quando você é internado num hospital psiquiátrico você perde a sua vida... totalmente! sua liberdade, sua credibilidade. Então a ilusão nenhuma de ser tratada.” (Participante 8).*

*“Aqui a gente tem o direito de ir e vir. Aqui no CAPS a gente tem o direito você entra numa oficina se você não tiver vontade você pode sair ... você eu tenho liberdade.” (Participante 8).*

Nos relatos a seguir é possível observar situações nas quais ocorreram um desrespeito da autonomia e da vontade das(os) entrevistadas(os), possivelmente por desdobramento do estigma existente sobre os transtornos mentais que historicamente subjugou essas pessoas ao controle dos ditos normais.

*“olha eu não sei porque eu to aqui.<sup>1</sup> Aí depois meu esposo foi lá e falou comigo “você veio pra cá porque você fez umas coisas em casa que eu não gostei, aí eu chamei o SAMU e eles trouxeram você pra cá”. (Participante 3).*

Nesse trecho podemos destacar que essa usuária foi internada sem ao menos saber o motivo.

*“Eu vim (para o CAPS) indicada pelo HEAC. Eles pediram... Uma doutora lá o HEAC falou assim “ó, você vai pra casa, mas você vai ter que ir no CAPS, passar a frequentar o CAPS pra você ser observada.” (Participante 3).*

Esse relato indica a continuação da lógica manicomial. Quando a “doutora” coloca a ida ao CAPS como condição da alta hospitalar ela revela uma crença de que o lugar do louco é num serviço de saúde e que ele precisa estar sob observação de uma equipe profissional.

*“O CAPS mudou muito a gente não falava o acompanhante falava. Quem te trazia falava, contava a sua vida... dando sempre aquelas enfeitadas básicas, pra você ser aceita no serviço... e... paciente calado...calado! calado. A gente*

*não tinha, falar o que? Doido vai falar o que?... né? Louco vai falar, tem o que para dizer? E é aqui no CAPS que a gente aprende. Como é que é? Ai quando eles falam: calma. Calma não! Vocês não ensinaram que eu tenho voz? Então ninguém cala a minha mais não.” (Participante 8).*

É possível perceber com o relato dessa usuária que antigamente no CAPS Cidade existia uma desvalorização do que era dito pela pessoa com transtorno a respeito de si própria(o), enquanto era levado em consideração o que a(o) acompanhante teria a dizer sobre a(o) usuária(o), mas que houve uma mudança no serviço e passaram a incentivar que as(os) usuárias(os) falem e se façam ser ouvidas(os) e respeitadas(os).

*“Eu já passei muito aperto aqui tá; com médico. Sentado na frente do médico e o médico não me ouvir. Hoje, graças a Deus, eu tenho uma médica que já tem bastante tempo que a gente tá que ela minha médica minha psiquiátrica ela me escuta a gente briga mas a gente entra num acordo... não quero isso dotora esse remédio me faz mal ela briga comigo mas ela me escuta não existe manda quem pode obedece quem tem juízo entre eu e ela mas já, i o CAPS ... a diferença é é mui, é gritante a gente não ta preso a gente não apanha...” (Participante 8).*

Esse relato indica a existência de uma relação de saber-poder entre médico e paciente, no qual ela conta que em um momento não era ouvida pela(o) profissional, e atualmente é ouvida, pode discordar da profissional e opinar sobre o próprio tratamento, atenuando essa horizontalidade médico-paciente.

Portanto, é evidente nos relatos que nos relacionamentos entre as(os) trabalhadoras(es) do CAPS Cidade e as(os) usuárias(os) é perceptível o acolhimento, o cuidado, a troca de afetos e o respeito mútuo, sendo frequentemente descrito como um tratamento “de família”. Enquanto isso, as internações psiquiátricas são descritas como experiências desagradáveis, violentas e desrespeitosas.

É notável o destaque que é dado à medicação como forma de tratamento na internação psiquiátrica e no CAPS Cidade. Sendo que, durante a internação, esse recurso é utilizado em excesso, ficando óbvia a intencionalidade de disciplinar, normatizar e controlar esses corpos. No CAPS, embora a medicação não apareça sendo hiper utilizada, ainda assim a(o) médica(o) psiquiatra e a administração de medicamentos continuam tendo grande destaque nesse serviço, como se o uso da medicação fosse indispensável para o bem-estar dessas pessoas.

Ao comparar os relatos da internação e os relatos sobre o CAPS é possível perceber que durante a internação a hierarquia profissional-paciente é mais acentuada, as(os) usuárias(os) tem que seguir as ordens impostas pela equipe, são

contidos quimicamente, pelas medicações, e fisicamente, amarrados aos leitos, não podem deixar o serviço quando quiserem, se tratando sem dúvida de um período de supressão de sua autonomia. Enquanto no CAPS a hierarquia trabalhadora(or)-usuária(o) é mais atenuada, uma vez que as(os) usuárias(os) podem participar do planejamento da sua proposta terapêutica, escolher quando querem ir ou sair do local e opinar sobre o funcionamento do serviço, ainda que essa autonomia não seja plena, mas mediada pela equipe do CAPS. Ou seja, o CAPS proporciona uma maior autonomia quando comparado ao momento de internação. É importante ressaltar que tanto o CAPS quanto a internação hospitalar estão previstos na Política de Saúde Mental (Lei 10.214/2002), se tratando de níveis diferentes de atenção, produzindo vivências características de cada nível de atenção e complexidade.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com base nas análises feitas, o relato das(os) usuárias(os) vai ao encontro da afirmativa de que a internação psiquiátrica é uma instituição total, da qual não é permitido sair a qualquer momento, as pessoas ficam internadas e afastadas do convívio social. Mesmo após o fechamento dos manicômios é perceptível a manutenção da lógica manicomial na experiência da internação psiquiátrica, marcada pela hierarquia do saber médico-paciente, pela supressão da autonomia, perda do controle sobre a própria vida, hiper medicalização, silenciamento e violência. As(os) entrevistadas(os) relatam que se sentiram sozinhas(os), destratadas(os), desrespeitadas(os), dopadas(os) e presas(os) durante a internação psiquiátrica.

Já o CAPS Cidade se diferencia de uma instituição total por ser um serviço de portas abertas e que não promove a internação das pessoas, mas ainda apresenta características de instituições totais por realizar o acompanhamento das usuárias(os) por uma equipe e pelo seu afastamento da comunidade. Esse afastamento é consequência da localização do serviço, que fica dentro das dependências físicas de um serviços com características hospitalares, o Centro Regional de Especialidades (CRE) Metropolitano, no município de Cariacica, em uma localização afastada de outros componentes da RAPS, comércios locais e outros espaços que poderiam ser utilizados para promover a integração dessas pessoas, de modo que a maioria das atividades desempenhadas nesse CAPS são voltadas para dentro do serviço e para

a interação entre as(os) participantes do mesmo, o que pode ser desafiador para o processo macro de socialização, e fortalecimento de vínculos com a comunidade.

Também foi possível perceber que a prioridade dada à medicação é um elemento comum às duas instituições, sendo que na internação se dá através da hiper medicalização, por vezes com intuito disciplinar, já no CAPS, apesar de não ser utilizada como ferramenta disciplinar, a medicação também é a intervenção terapêutica prioritária, a despeito de outras propostas terapêuticas.

Apesar das características totais descritas, o CAPS Cidade ainda é percebido pelas(os) usuárias(os) como um serviço preferencial em relação ao de internação psiquiátrica. O CAPS proporciona maior autonomia às(aos) usuárias(os) se comparado à internação, mas vale a ressalva de que essa autonomia não é absoluta, ela é assistida pela equipe. Ainda assim, existe essa abertura para a participação das(os) usuárias(os) na elaboração do próprio tratamento e na organização do serviço, de forma que é atenuada a hierarquia trabalhadora(or)-usuária(o) e feita uma busca por um relacionamento horizontalizado. Dessa forma as pessoas não se sentem presas, elas se sentem validadas, respeitadas, acolhidas, bem como observado nas entrevistas.

Diante do exposto, seria importante que o CAPS Cidade deixasse de funcionar dentro do CRE para que houvesse, de fato, uma inserção numa comunidade que possibilite a integração com outros equipamentos como: escolas, UBS, CRAS, comércios, centros comunitários, dentre outros. Além disso, seria interessante melhorar as atividades e oficinas terapêuticas, para que possuam objetivos mais bem delimitados, voltados para a promoção de autonomia, autoconhecimento, aprendizado de habilidades e outros possíveis benefícios. Essas sugestões têm como objetivo indicar possíveis meios para alcançar a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos no CAPS Cidade, no sentido de não reproduzir lógica manicomial e se aproximar da materialização da portaria nº 336 de 2002 do Ministério da Saúde.

#### 4. REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Bahia. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/29554>. Acesso em 17 out. 2023.

ALMEIDA, Patrícia Mattos. **Perspectivas da internação psiquiátrica: inventário do cuidado e da produção de redes**. Tese (Mestrado em Promoção e Tecnologia da Saúde) - Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/22023>. Acesso em: 6 jun. 2023.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 20 nov. 2023.

\_\_\_\_\_. 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. [S. I.], **Diário Oficial da União**. n.69-E, p. 2, 09 abr. 2001. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=09/04/2001&jornal=1&pagina=2&totalArquivos=121>. Acesso em: 20 nov. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 fev. 2002b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 17 nov. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 13 jun. 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 24 maio 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-ainformacao/acoes-e-programas/humanizadasus/redehumanizadasus/humanizadasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-ainformacao/acoes-e-programas/humanizadasus/redehumanizadasus/humanizadasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf). Acesso em: 10 jun. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992: estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. **Diário Oficial da União**, 30 jan. 1994. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_224.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf). Acesso em: 10 jun. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 26 dez. 2011. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).

Acesso em: 11 jun. 2023.

CARRION, C. T. P.; MARGOTTO, L. R.; ARAGÃO, E. M. A. As causas das internações no Hospital Adauto Botelho (Cariacica, ES) na segunda metade do século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 4, p. 1323–1340, out. 2014. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000400009>. Acesso em: 30 nov. 2023.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GIL, Antônio Carlos. **Como fazer pesquisa qualitativa** / Antônio Carlos Gil. – 1. ed. – Barueri [SP]: Atlas, 2021.

\_\_\_\_\_, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa** / Antônio Carlos Gil. – 7. ed. – Barueri [SP]: Atlas, 2022.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição - 2ª reimpressão. São Paulo: Editora Perspectiva, 2005.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg; BORBA, Letícia de Oliveira; LAROCCA, Liliana Muller; MAFTUM, Mariluci Alves. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, ed. 2, p. 361-369, abr/jun 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-678460>. Acesso em: 10 jun. 2023.

KANTORSKI, L. P. et al. Grupos de ouvidores de vozes: estratégias e enfrentamentos. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1143–1155, out. 2017.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro Valente. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas** (Edição em português), [S. l.], v. 4, n. 2, p. 01-19, 2008. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v4i2p01-19. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38679>. Acesso em: 21 out. 2023.

MIRANDA, Fernanda Alves Carvalho de. **Projeto Terapêutico Singular**. In: MIRANDA, Fernanda Alves Carvalho de et. al. (Org.) Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Eixo III: A Assistência na Atenção Básica. Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

MOREIRA, Daiana de Jesus; BOSI, Maria Lucia Magalhães. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, ed. 2, p. 1-22, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1040762>. Acesso em: 5 jun. 2023.

PEREIRA, Ondina Pena; PALMA, Ana Carolina Ribas. Sentidos das oficinas terapêuticas ocupacionais do CAPS no cotidiano dos usuários: uma descrição fenomenológica. **PHENOMENOLOGICAL STUDIES: Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 24, ed. 1, p. 15-23, jan/abr 2018. DOI 10.18065. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672018000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672018000100003). Acesso em: 7 jun. 2023.

PORTELLI, Alessandro; RIBEIRO, Maria Therezinha Janine; FENELÓN, Déa Ribeiro. O que faz a história oral diferente. **Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História**, [S. l.], v. 14, 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/11233>. Acesso em: 18 out. 2023.

RODRIGUES, Thayane Alves dos Santos; RODRIGUES, Lauane Pereira de Sousa; CARDOSO, Ângela Maria Rosas. Adolescentes usuários de serviço de saúde mental: avaliação da percepção de melhora com o tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 69, ed. 2, p. 103-110, 2020. Disponível em: <https://www.scienceopen.com/document?vid=7a39c876-e642-46b8-ba2f-a373e6e9ec1d>. Acesso em: 9 jun. 2023.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro; RAMOS, Fernando A. de Cunha. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II. **Rev. Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 15, n. 2, p. 364–381, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/CDJLGj8ZFKZgdwcSHMwN4LQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2023.