

História e memória da criação de um centro de convivência

History and memory of the creation of a coexistence center

Giulia Ribeiro Schettino Regne

Universidade Federal de Minas Gerais

E-mail: giuliaribeiro2204@gmail.com

Amanda Márcia dos Santos Reinaldo

Universidade Federal de Minas Gerais

Marcus Luciano de Oliveira Tavares

Faculdade Pitágoras

Maria Odete Pereira

Universidade Federal de Minas Gerais

Resumo

OBJETIVOS: Recontar, por meio da história oral, a história da criação do Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário. **MÉTODOS:** Estudo qualitativo, com coleta de dados por meio da história oral, narrada por pessoas que presenciaram ou participaram dos acontecimentos. As entrevistas foram realizadas com cinco trabalhadores do Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário, gravadas, transcritas e analisadas. Para análise, dividiram-se as entrevistas em categorias organizadas por ordem coerente, construindo uma narrativa da história da criação do Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário. **RESULTADOS:** Inspirada pelo ideal da Reforma Psiquiátrica e pela consolidação de serviços substitutivos de outras cidades, a equipe do Instituto Raul Soares deu início à criação do Centro de Convivência em 1992 dentro do espaço físico do hospital. Oficinas de produção de arte e cultura eram realizadas com os pacientes institucionalizados. Apesar da lógica diferente, os ideais do hospital psiquiátrico permeavam o funcionamento do Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário, que apenas em 2000 foi municipalizado e vinculado ao Distrito Sanitário Leste, abrindo-se à comunidade e consolidando-se como serviço substitutivo em saúde mental. **CONCLUSÕES:** Com o debate acerca da Reforma Psiquiátrica, o Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário foi criado, mas não conseguiu consolidar os princípios da luta antimanicomial enquanto permaneceu vinculado ao hospital psiquiátrico. A psiquiatria tradicional e o modelo manicomial ofereceram resistência inicial à consolidação do

serviço, que só foi concretizada com sua municipalização oito anos depois.

Palavras-chave: Saúde mental; Hospitais psiquiátricos; Atenção primária à saúde; História; Narração.

Abstract

OBJECTIVES: To tell, through oral history, the history of the creation of the Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário. **METHODS:** Qualitative study, with data collection through oral history, narrated by people who witnessed or participated in the events. The interviews were conducted with five workers from the Centro de Convivência, recorded, transcribed and analyzed. For analysis, the interviews were divided into categories organized by coherent order, constructing a narrative of the history of the creation of the Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário. **RESULTS:** Inspired by the ideal of the Psychiatric Reform and the consolidation of alternative services from other

cities, the team from Instituto Raul Soares began the creation of Centro de Convivência in 1992 within the hospital's physical space. Art and culture production workshops were held with institutionalized patients. Despite the different logic, the ideals of the psychiatric hospital permeated the functioning of the Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário, which was only municipalized in 2000 and linked to the Eastern Sanitary District, opening to the community and consolidating itself as a substitute service in mental health. **CONCLUSIONS:** With the debate about the Psychiatric Reform, the Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário was created, but it failed to consolidate the principles of the anti-asylum fight while it remained linked to the psychiatric hospital. Traditional psychiatry and the asylum model offered initial resistance to the consolidation of the service, which was only fulfilled with its municipalization eight years later.

Keywords: Mental health; Hospitals, psychiatric; Primary health care; History; Narration.

Introdução

A lógica do alienismo fundamenta o modelo manicomial ao defender que a internação oferece àqueles cujos pensamentos se desviam da norma um espaço para exercer sua liberdade.¹⁻³

No entanto, esse modelo cronifica o sofrimento mental e propicia a exclusão social, característica do modelo manicomial combatido pelos ideais da Reforma Psiquiátrica na Europa na década de 50.^{1,2} O processo de desinstitucionalização italiana, personificado na figura do psiquiatra italiano Franco Basaglia, é apontado como a principal inspiração da Reforma brasileira, abordando a mudança do espaço destinado ao tratamento e a maneira de lidar com o sofrimento mental.¹ O processo de

redemocratização vivido pelo país na década de 1980, as produções do Movimento de Reforma Sanitária geral e a implantação do Sistema Único de Saúde também influenciou na configuração do que se conhece hoje como reforma psiquiátrica brasileira.

No Brasil, devido às condições de trabalho, os abusos contra os pacientes e os tratamentos ineficazes de alto custo, inicia-se a discussão acerca da Reforma brasileira, cujo marco inicial é o ano de 1978, com a criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM).¹⁻⁴

A década de 80 é marcada por profundas reflexões decorrentes da Reforma Sanitária

acerca do contexto de saúde brasileiro, culminando, em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foram propostas as diretrizes para a saúde mental brasileira de forma integral, multiprofissional e descentralizada. No ano seguinte, na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e no 2º Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, o debate sobre a luta antimanicomial ganhou destaque, dando amplitude ao movimento.¹⁻⁴

Devido aos maus tratos aos pacientes, a Casa de Saúde Anchieta, em Santos, foi fechada em 1989 pela prefeitura, que municipalizou a atenção psiquiátrica, servindo de modelo para o restante do país.¹⁻⁴ No mesmo ano, um projeto de lei, apresentado pelo deputado Paulo Delgado, propôs ao Congresso Nacional a extinção dos hospitais psiquiátricos e a consolidação dos serviços substitutivos.²

A pressão política, especialmente advinda do setor privado, retardou a aprovação da lei, além de provocar modificações, como a supressão do artigo sobre a extinção dos hospitais psiquiátricos.^{1,2} Apenas em 2001 a Lei Federal 10.216 foi promulgada, oficializando o atendimento psiquiátrico comunitário.^{1,2,4}

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil é peculiar, dado a dimensão do território e as diferenças regionais, o que implica em diferentes processos de consolidação. Minas Gerais, seguindo o molde brasileiro, apresentava uma atenção em saúde mental

voltada para a reclusão compulsória em hospitais psiquiátricos.⁵

Em meio a efervescência do movimento da Reforma Psiquiátrica nas décadas de 70 e 80, o Jornal Estado de Minas publicou uma série de reportagens intituladas “Nos porões da loucura”, que retratava a dura realidade de violação de direitos humanos dos internos da rede manicomial do estado, gerando mobilização e desencadeando no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, marco importante no processo da reforma em Minas Gerais, com a presença de Franco Basaglia.⁵

A Lei Paulo Delgado exerceu influências locais, promovendo aprovação de leis sobre a reversão do modelo hospitalocêntrico tradicional, prosseguindo a consolidação da reforma psiquiátrica mineira.⁵ Assim, em meio às mudanças produzidas pelo movimento brasileiro, um projeto para pensar a saúde mental no estado inverteu a lógica manicomial. Partindo dos princípios da reabilitação social, emancipação do sujeito e não exclusão, foi implantada a Rede de Atenção Psicossocial em Minas Gerais, composta por Equipes de Saúde Mental, Centros de Convivência (CC), Centros de Referência em Saúde Mental e enfermarias especializadas em hospitais gerais, dentre outros dispositivos.^{5,6}

Observando a rede de saúde mental, destacam-se os CC da rede, criados para a produção cultural e artística, promovendo a reinserção

social. Dentre esses, o Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário (CCABR) foi inaugurado em 1992 dentro do Hospital Psiquiátrico Raul Soares. Posteriormente, em 1998, o serviço foi transferido para o bairro Santa Tereza, sua atual localização, pertencendo ao distrito sanitário Leste de Belo Horizonte.^{6,9,10}

O presente artigo tem por objetivo recontar, por meio da história oral, a história da criação do CCABR. Os autores dessa história são pessoas que participaram de forma direta e indireta da criação desse centro.

Métodos

Para o desenvolvimento do estudo foi utilizada abordagem qualitativa, entendendo que esse método propicia compreensão em complexidade e intensidade e se mostra pertinente para o objetivo do resgate histórico, objeto de pesquisa do estudo.⁹

A coleta de dados ocorreu por meio da história oral, narrada por pessoas que participaram ou presenciaram acontecimentos relacionados à criação do centro de convivência, buscando ouvir e registrar suas impressões, memórias e experiências.^{9,10}

A história oral carrega em si representações únicas dos fatos, possibilitando um relato em determinado tempo, espaço e contexto. Já as narrativas constituem a base para a reconstrução do acontecimento vivido pelo

sujeito, priorizando sua perspectiva e implicando no seu engajamento.^{9,11,12}

Foram utilizadas como fonte documental informações contidas nos livros de registros de oficinas realizadas após a criação do Centro, propiciando a coleta de informações documentadas que poderiam não estar presentes nas lembranças dos sujeitos.⁹

Os entrevistados foram quatro trabalhadores e o gestor do CC da época de sua criação, selecionados utilizando a técnica de bola de neve. Essa técnica diz respeito a uma seleção da amostra com o perfil necessário para a pesquisa a partir de informantes-chave ou documentos. De forma sucessiva, demais participantes foram indicados e selecionados.¹³

As entrevistas tiveram duração de cerca de uma hora e os entrevistados foram solicitados a contar a história da criação do CCABR, fazendo o resgate histórico de sua criação por meio da narrativa. Após transcrição, as entrevistas foram devolvidas aos entrevistados, para que as lessem e autorizassem a utilização.

Para análise, as entrevistas foram reduzidas e condensadas gradativamente, desenvolvendo categorias de acordo com o assunto.¹² Assim, por meio da junção das memórias dos entrevistados, compôs-se uma narrativa da história da criação do Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 02169312.3.000.5149) e os colaboradores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cenário do Estudo

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), criada em 1977, é uma organização gestora de hospitais públicos do estado, cuja missão é prestar assistência no nível secundário e terciário em saúde, associada ao contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as 20 unidades assistenciais e um Centro de Atenção Psicossocial especializado em álcool e outras drogas (CAPS-AD) por ela geridos, destaca-se o complexo de Saúde Mental, composto por: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, Hospital Galba Veloso, Centro Mineiro de Toxicomania, Centro Psíquico da Adolescência e Infância e Instituto Raul Soares (IRS).¹⁴

O IRS foi inaugurado em 1922 com a missão de prestar assistência, ensino e pesquisa em saúde mental com responsabilidade social. Localizado à Avenida do Contorno, bairro Santa Efigênia, hoje o hospital conta com Pronto Socorro 24h, internação de curta e média permanência, atendimento ambulatorial em psiquiatria das 8 às 17h e produção de ensino e pesquisa.⁸

A criação do Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário

Já na década de 80, o Instituto Raul Soares caracterizava-se por ser um hospital de vanguarda, aberto às discussões da Reforma Psiquiátrica e da desospitalização dos pacientes.

Inspiradas pela consolidação de dispositivos substitutivos da rede de saúde mental em Santos, tais como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o projeto Rádio TAM TAM (apresentado por pacientes psiquiátricos, propiciando sua reinserção social), duas terapeutas ocupacionais do IRS providenciaram uma visita àquela cidade em 1992 para conhecer as iniciativas implantadas sob os auspícios da reabilitação psicossocial. A visita envolveu profissionais do IRS e da FHEMIG. No retorno à Belo Horizonte, a visita suscitou a discussão acerca da criação de um Centro de Convivência (CC) em uma enfermaria desativada do hospital.

As terapeutas ocupacionais criaram, então, o projeto “Loucurarte”, que deu sustentação à criação do Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário, antes mesmo da criação do projeto de saúde mental em Belo Horizonte.

O projeto consistia em oferecer oficinas de arte e cultura, que buscavam estimular a criatividade e produzir objetos de arte e

comercialização, além de auxiliar na estabilização clínica dos usuários por meio da reinserção social.

Apesar da criação do CCABR dispor do ideal de ser um serviço aberto, a sua referência permanecia sendo o Instituto Raul Soares, sendo natural que a filosofia do hospital psiquiátrico permeasse suas atividades.

Oficializando-se como serviço substitutivo, o CCABR foi municipalizado em 2000, com o objetivo de transformar o espaço de oficinas até então voltado para o hospital em um espaço voltado aos usuários da rede de saúde mental do município e da comunidade em geral, vinculado ao Distrito Sanitário Leste da Prefeitura de Belo Horizonte.

O Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário, até então compreendido como um serviço complementar ao Hospital, necessitou de modificações físicas e de filosofia, como novas gerência e equipe, substituindo os profissionais do IRS que lá trabalhavam por monitores e artistas. Além disso, foram realizadas reformas interna e externamente, de modo a torná-lo fisicamente desvinculado do hospital.

No entanto, observaram-se receio e resistência iniciais às mudanças por parte da própria comunidade hospitalar, que com o tempo as superou e auxiliou no processo de estruturação do novo serviço de saúde mental, reconstruindo relações, papéis e discursos.

As diferenças entre o Centro de Convivência dentro e fora do IRS eram notáveis, tais como seu funcionamento como um dispositivo aberto e promotor de autonomia do sujeito, incompatível com a lógica manicomial. Quando localizado dentro da estrutura física do hospital psiquiátrico, o CC oferecia refeições, permitindo que o usuário passasse o dia recluso nesse ambiente, o que difere dos princípios que norteiam o funcionamento desse serviço. Além disso, a equipe mais amadurecida e autônoma reformulou a organização interna, logística e tomada de decisão, o que antes era subordinado ao hospital.

Após alguns anos de integração à rede municipal de Saúde Mental, em 2005 o CCABR teve a oportunidade de mudar para um espaço anteriormente ocupado por um Centro Regional de Referência em Saúde Mental na Regional Leste da cidade.

Assim deu-se a mudança do Centro de Convivência de um espaço dentro de uma instituição total para um espaço em meio à cidade, no qual foi possível consolidar a convivência com a comunidade e entre os usuários do serviço.

Discussão

Observados o descaso e a não produção de saúde sofridos pelos pacientes institucionalizados, aliados às más condições de trabalho dos profissionais do espaço manicomial e limitados investimentos

financeiros para a área, a Reforma Psiquiátrica teve início concomitante na Europa e provocou mudanças sobre o modelo de atenção psiquiátrica oferecido à população daquele país e do mundo, tais como a psiquiatria de setor na França, a revolução tranquila no Canadá e a psiquiatria preventiva ou comunitária nos Estados Unidos da América, concomitantes à experiência italiana.^{1,2,15}

O modelo de atenção à saúde mental italiana influenciou os movimentos de mudança em todo o mundo, incluindo, apesar de tardia, a reforma brasileira e seus expoentes. No Brasil foram criados serviços substitutivos ao modelo hospitalar na cidade de Santos, que inspiraram outras cidades e serviços do país a repensar a lógica manicomial. Entre eles, o IRS em Belo Horizonte que, apesar de não realizar mudanças estruturais e governamentais, deu início a uma transformação importante para o serviço e a cidade.

Desinstitucionalizar e desospitalizar são conceitos distintos e caros à reforma psiquiátrica, entretanto percebe-se que não houve esse movimento na história da criação do CCABR. Desospitalizar significa retirar o sujeito e a atenção do hospital, sem, no entanto, transformar a assistência. A desinstitucionalização vai além, deslocando a assistência da instituição para a comunidade.¹⁶

Na criação do Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário, observou-se a iniciativa de inovar criando um centro de convivência em

contraposição ao modelo manicomial. Entretanto, o (novo) serviço localizava-se dentro do (velho) hospital psiquiátrico e sua estrutura asilar. A pessoa em sofrimento mental permanecia restrita a uma instituição, o que se deve fortemente à cultura da hospitalização, institucionalização e isolamento, características de uma filosofia que influenciava a formação profissional, a qualificação das equipes e a estrutura organizacional dos serviços.

O contraponto ao pensamento asilar tem sua expressão na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cujo objetivo é articular serviços em saúde mental, como: Atenção Básica (Unidade Básica de Saúde, Equipes de Saúde Mental, Consultório de Rua, Centros de Convivência), Atenção Psicossocial (Centros de Atenção Psicossocial), Atenção de urgências e emergências (Unidade de Pronto Atendimento, Serviço de Atendimento Médico de Urgência), Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de desinstitucionalização (Serviço Residencial Terapêutico) e Reabilitação Psicossocial.^{5,6}

Os Centros de Convivência e Cultura, dentro da lógica do cuidar em rede, são estruturados para a produção cultural e artística e objetivam promover a reinserção social, ou seja, são serviços relacionados à liberdade, vínculo, participação, invenção e comunidade, conceitos impossíveis de serem trabalhados em um serviço fechado, como se configurava o CCABR na sua criação.⁶

Os Centros de Convivência funcionam como uma ponte entre o isolamento causado pela condição psíquica do sujeito e a comunidade.¹⁸ Funcionam, também, como uma oportunidade para que o indivíduo encontre o caminho das relações sociais que tiver interesse em construir e o caminho do espaço da comunidade em que ele vive.

Quando da criação do CCABR no Hospital Raul Soares, as oficinas eram ministradas pela equipe do hospital e estavam associadas à visão terapêutica inerente ao profissional. Na gênese dos centros de convivência, enquanto dispositivo de uma rede de cuidados, o contrário se dá: saem os profissionais de saúde com alguma habilidade para arte e entram em cena os artistas, artesãos e músicos, sem o olhar da clínica que estrutura a psiquiatria.

A reabilitação psicossocial baseia-se em redes de apoio, funcionando como catalizador de autonomia para pessoas em sofrimento psíquico em suas comunidades. Assim, ela define-se como um reconstrutor da subjetividade do indivíduo, podendo ser potencializada quando pensada dentro do espaço da rede. Essas podem ser terapêuticas no sentido da inclusão e pertencimento a algo novo, coletivo e plural, nas quais as práticas desenvolvidas nos CC se destacam.¹⁸

O encaminhamento do indivíduo para um Centro de Convivência, por profissionais da Saúde Mental ou das Equipes de Saúde da Família, insere-se no Plano Terapêutico

Singular, uma estratégia que articula cuidados de uma equipe multidisciplinar, atentando a subjetividade e individualidade de cada um.^{15,17} Quando da criação do CCABR, a lógica do tratamento e da pessoa em sua singularidade ainda era incipiente e os profissionais estavam iniciando seu movimento interno de reforma. Pensar individualmente cada sujeito era algo novo e difícil, pois todos eram iguais e se destacavam apenas por diagnósticos e sintomas, que pouco dizem sobre o sujeito.

O usuário que chega ao Centro de Convivência, após o estabelecimento da rede especializada para a saúde mental, é acolhido e escolhe as oficinas que despertam seu interesse. Os artistas, que coordenam as oficinas, provocam o potencial criativo do sujeito, não com o objetivo de formar profissionais em arte, mas buscando novas formas de expressão.¹⁵

Outras atividades de lazer e vivência social também são oferecidas pelos Centro de Convivência, como esportes e incursões pela cidade. Quanto mais diferentes os sujeitos envolvidos, maiores são as possibilidades de debates e construções, enfatizando a sensibilidade e a escuta na troca de experiências.¹⁵

Os profissionais que colaboraram com o estudo expõem, em suas falas, alguns momentos de forma explícita e outros de forma implícita a inquietação por dar um passo adiante nesse movimento. Arte e cultura são movimentos

potentes para impulsionar o ser humano ao refinamento do pensar e agir e esse movimento influenciou essas pessoas a querer mais para o outro, algo fora do espaço asilar, fora de uma lógica que tem seus princípios fundamentais na exclusão das pessoas e dos sentidos.

Diante da necessidade de incluir aquele serviço à rede de cuidado da cidade, em 2000 Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário foi municipalizado e absorvido pela Rede de Saúde Mental em Belo Horizonte, pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica. O CCABR foi reformulado em sua lógica, estrutura e trabalho, adquirindo, de fato, características de um serviço substitutivo ao modelo psiquiátrico tradicional.

Apesar dos impasses criados por esse movimento da criação de um serviço com potencial de inclusão dentro de um espaço que exclui, e da forma como ele foi conduzido, destaca-se a importância do Instituto Raul Soares em iniciar o movimento da criação e consolidação de um serviço substitutivo, contrário à lógica antimanicomial. A história da criação do CCABR é um marco importante para compreender que o hospital psiquiátrico não se renova, sua estrutura e lógica independente da época é asilar e excludente.

As limitações do estudo estão associadas a falta do registro das impressões sobre a criação do serviço pelos usuários da saúde mental que participaram das primeiras oficinas e desse movimento histórico. Outra questão foi a

indisponibilidade dos registros documentais sobre esse processo dentro do hospital (atas de reuniões, documentos oficiais, entre outros), que registraram a memória desse processo e que desenharam o panorama da questão administrativa da criação do serviço e como isso se deu dentro da administração do hospital.

Considerações finais

A implantação da rede substitutiva de saúde mental foi um avanço na vida das pessoas em sofrimento mental. A partir de uma compreensão de que a vida desses sujeitos vai além da sua condição de saúde e vivência de adoecimento, ela permite que pessoas se mantenham como usuários dos serviços de saúde em diferentes redes de cuidado, vivendo em suas comunidades e utilizando os serviços do sistema de saúde disponíveis em seus territórios como um direito adquirido.

As ideias e o ideal do tratamento asilar, excludente e homogêneo ainda ressurgem de tempos em tempos assolando a política de saúde mental do país de forma indefensável em alguns momentos, visto que as incursões nesse campo, em geral, partem da esfera governamental. O contraponto ao retrocesso é a memória histórica e a defesa dos princípios da reforma psiquiátrica no Brasil.

A criação do Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário no Instituto Raul Soares faz parte da história da reforma psiquiátrica mineira. Movimentos dessa natureza

demonstram que pessoas e seu potencial inventivo podem, com iniciativas individuais ou coletivas, trazer à tona discussões e ações sobre autonomia, direito, cidadania, respeito à individualidade e inclusão, para um espaço de coerção, restrição, encarceramento e cronificação representado pelo hospital psiquiátrico.

Recontar a história e resgatar a memória da criação de serviços, que tiveram impacto em movimentos de defesa dos direitos dos usuários dos dispositivos da rede de saúde mental, nos convida a pensar, discutir e nos posicionar contra os retrocessos em relação aos princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro no que tange às políticas públicas para a área.

Referências

- ¹Heidrich AV. Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2007.
- ²Barroso SM, Silva MA. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. RevSPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo [Internet]. 2011;12(1):66-78. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v12n1/v12n1a08.pdf>.
- ³Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2006.
- ⁴Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.
- ⁵Goulart MSB. A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação. Gerais: Rev Interinstitucional Psicologia [Internet]. 2015;8(2):194-213. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8nspe/04.pdf>.
- ⁶Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- ⁷Damasceno EC, Reinaldo AMS. Oficinas terapêuticas para hábitos de vida saudável no Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário: Relato de experiência. Cogitare Enferm [Internet]. 2009;14(1):178-82. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/14144/9521>
- ⁸Hemig. Instituto Raul Soares [Internet]. Belo Horizonte. [citado 27 fev 2018]. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/index.php/atendimento-hospitalar/complexo-de-saude-mental/instituto-raul-soares>
- ⁹Ferraz RKSS, Silva MAM. Métodos qualitativos e históricos aplicação de análise documental e entrevista narrativa e de história de vida e oral em estudos organizacionais. In Atas CIAIQ2015. Investigação Qualitativa em Ciências Sociais. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2015. p.44-8.
- ¹⁰Muller MT. História Oral: uma estratégia utilizada no desenvolvimento de projetos. Rev Ciencia Inovação [Internet]. 2015;2(1):45-9. Disponível em: .:
- ¹¹Muylaert CJ, Sarubbi Jr V, Gallo PR, Neto Modesto LR, Reis AOA. Narrative interviews: an important resource in qualitative research. Rev esc enferm USP [Internet]. 2014 ;48(spe2):184-189. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/0080-6234-reeusp-48-nspe2-00184.pdf>.
- ¹²Anderson C, Kirkpatrick S. Narrative interviewing. Int J Clin Pharm [Internet]. 2016;38(3):631–634. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11096-015-0222-0.pdf>.
- ¹³Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas [Internet]. 2014;22(44):203-220. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144/1637>.
- ¹⁴FHEMIG. Sobre o órgão [Internet]. Belo Horizonte. [citado 20 mar 2018]. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/index.php/institucional>

¹⁵Novaes AP, Zacché K, Soares M. Centros de Convivência: Novos contornos na cidade. In: . Nilo K et al, orgs. Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; 2008. p. 161-166.

¹⁶Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2009;14(1):297-305. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2009.v14n1/297-305/pt>.

¹⁷Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Brasília : Ministério da Saúde; 2013. 176 p.

¹⁸Oliveira GC, Nasí C, Lacchini AJB, Camatta MW, Maltz C, Schneider JF. A reabilitação psicossocial: processo de reconstrução da subjetividade do usuário de drogas. Rev enferm UERJ [Internet]. 2015;3(6):811-816. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11742/16185>.

Submissão: 17/04/2018

Aceite: 02/09/2018