ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A DINÂMICA DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL À LUZ DAS TEORIAS DE BOURDIEU

Ana Benedita Meneses de Carvalho Coêlho[1]

Ana Keuly Luz Bezerra[2]

RESUMO

Este artigo tem como objetivo refletir sobre a dinâmica da reabilitação psicossocial no Brasil, à luz das teorias de Pierre Bourdieu. Trata-se de uma análise reflexiva desenvolvida com base em artigos científicos e publicações oficiais do Ministério da Saúde em paralelo as teorias de Pierre Bourdieu (campos, capital social, simbólico, cultural e econômico, símbolos e sistemas simbólicos, espaço social, violência simbólica, dominação, habitus e estigma). A reflexão permitiu compreender o processo de reabilitação psicossocial e os desafios vivenciados pelas pessoas que passam por esse processo. Marcas de violência simbólica e estigma estão presentes na história de pessoas com sofrimento mental decorrente de transtornos psíquicos ou do uso de substâncias psicoativas. Entretanto, revela-se a importância dos serviços de atenção psicossocial como uma rede de apoio para a inclusão social e reabilitação em saúde.
Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental; Desinstitucionalização; Pierre Bourdieu.

ABSTRACT

This article aims to reflect on the dynamics of psychosocial rehabilitation in Brazil, in the light of Pierre Bourdieu's theories. This is a reflective analysis developed based on scientific articles and official publications of the Ministry of Health in parallel with Pierre Bourdieu theories (fields; social symbolic, cultural and economic capital; symbols and symbolic systems, social space, symbolic violence, domination, habitus and stigma). The reflection allowed us to understand the psychosocial rehabilitation process and the challenges experienced by people who go through this process. Marks of symbolic violence and stigma are present in the history of people with mental suffering due to psychological disorders or the use of psychoactive substances. However, the importance of psychosocial care services as a support network for social inclusion and health rehabilitation is revealed.
Keywords: Mental Health Services; Deinstitutionalization; Pierre Bourdieu.

1. INTRODUÇÃO

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, há mais de trinta anos tem sido desenvolvidas políticas públicas com intuito de romper as concepções de saúde obsoletas. As leis promulgadas ao longo desse tempo têm por base os princípios do SUS, que estabelecem o acesso igualitário à saúde, a integralidade e a humanização do cuidado para os diferentes grupos populacionais.

Sob essa perspectiva de reorientar as práticas de saúde, no que se refere à assistência em saúde mental, o modelo manicomial e o hospitalocêntrico passaram a ser refutados à medida que seu caráter medicalizador, excludente e reducionista não correspondia aos princípios do SUS, e não possibilitava um cuidado ampliado e integral às pessoas acometidas por transtornos mentais.

Os transtornos mentais são disfunções que envolvem os pensamentos, a cognição, percepção e/ou comportamentos humanos, podendo afetar de diferentes formas o estado mental. Como exemplos dessa condição, está o transtorno afetivo bipolar, a esquizofrenia, depressão, demência, transtornos de desenvolvimento; e também a deficiência intelectual que compromete as habilidades cognitivas, o desenvolvimento e o comportamento (OPAS, 2021).

Cerca de vinte anos atrás, aqueles que possuíam algum transtorno mental ou deficiência intelectual eram reconhecidos restritamente como portadores de patologias severas. Assim como a dependência química que muitas vezes era entendida como desvio de conduta, sendo esses casos limitados ao tratamento psiquiátrico clínico, desconsiderando-se os aspectos sociais, emocionais, culturais e econômicos (BRASIL, 2003a).

Assim, a necessidade emergente de instaurar reformulações para a área da saúde mental, culminou na reforma psiquiátrica, estabelecida pela lei n°10.216 de 06 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. A reforma constitui um marco histórico-social na luta por acesso, por cuidados humanizados, proteção e inclusão social daqueles que são acometidos por algum transtorno mental. Para mais, a lei traz um avanço crucial, que é a utilização

apenas da terminologia “transtorno mental” e não mais “doença mental” (BRASIL, 2001).

A nova concepção de cuidado apresentada, além de representar um direito à saúde pública, corresponde também ao exercício da cidadania, por propor o respeito, a valorização e a reinserção social na família, no trabalho e na comunidade, de acordo com a evolução do tratamento terapêutico (BRASIL, 2001; 2003a; SANCHES; VECCHIA, 2020).

Essa concepção também foi assegurada na convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência, um tratado da Organização das Nações Unidas (ONU) para defender os direitos desse grupo populacional à autonomia, a acessibilidade, a liberdade, ao respeito e a emancipação, garantindo-lhes saúde e qualidade de vida (ONU, 2006).

Conforme citado, a convenção da ONU determinou atenção multidimensional a pessoas com deficiência, esclarecendo essa condição em saúde e sua nova classificação. Dentre os tipos de deficiência habitualmente conhecidas – deficiência física, auditiva, intelectual, visual e múltipla – ressaltou-se a deficiência psicossocial, que se refere às sequelas provenientes de transtornos mentais (prejuízos comunicativos, cognitivos e comportamentais), em que uma pessoa que se recuperou do quadro de transtorno, permanece com essa deficiência interferindo em sua vida diária (ONU, 2006; SASSAKI, 2010; 2011).

Somada a essa luta coletiva, surgiu a Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, que versa sobre a assistência integral a ser ofertada àqueles que fazem uso nocivo de substâncias psicoativas, uma circunstância complexa que gera riscos a nível biopsicossocial. Em seguida, foi instituída a Portaria n° 2197, que amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas nos serviços do SUS. Nesse interim, a assistência passou a se diversificar para envolver a prevenção, promoção, recuperação da saúde e redução de danos (BRASIL, 2003a; 2004a).

Nesse percurso que busca atender às pessoas em vulnerabilidade, foi divulgada uma publicação tida como referência na área: a Portaria MS/GM nº 3.088 de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a qual preconiza o

atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com demandas decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, nas unidades do SUS (BRASIL, 2011a).

A RAPS foi elaborada com o propósito de ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para o grupo populacional em questão, qualificando o cuidado por meio do acompanhamento contínuo, do acolhimento, e da atenção às urgências. O cuidado é desenvolvido por meio de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que se trata de um planejamento assistencial que envolve a pessoa, a família e a equipe de saúde responsável (BRASIL, 2011a).

Como principais componentes da rede, têm-se a atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011a).

São múltiplos eixos que viabilizam o cuidado conforme as necessidades dos cidadãos, algo que gera maior resolutividade dos problemas. As propostas de reabilitação social viabilizam um processo de reconstrução e propicia novos dispositivos que abrangem a inclusão social e os cuidados essenciais destinados a pessoas com transtornos e deficiências psicossociais, com capacidade de melhorar o desempenho psíquico e social (BRASIL, 2011a; SCHNEIDER *et al*., 2016).

Dessa forma, considerando a importância dos programas da RAPS frente à assistência integral para pessoas com transtornos mentais, objetiva-se refletir sobre a dinâmica da reabilitação psicossocial no Brasil, à luz das teorias de Pierre Bourdieu.

2. MÉTODO

Estudo descritivo, do tipo análise reflexiva, realizado a partir da leitura e interpretação de artigos científicos e de publicações oficiais do Ministério da Saúde que apresentaram relevância perante o objetivo deste estudo, a fim de abordar a dinâmica dos programas de reabilitação psicossocial no contexto brasileiro, com reflexão à luz das teorias do sociólogo francês, Pierre Bourdieu.

Foram consultadas produções científicas as quais foram identificadas por meio de uma busca bibliográfica realizada no buscador “Scholar Google”, uma ferramenta acadêmica expandida e de livre acesso. A seleção na literatura, leitura e análise do material científico, aconteceram no mês de julho de 2021.

As produções obtidas acerca da temática em questão foram confrontadas com as teorias de Pierre Bourdieu (*campos, capital social, simbólico, cultural e econômico, símbolos e sistemas simbólicos, espaço social, violência simbólica, dominação, habitus e estigma*) no intuito de fundamentar a discussão teórica e crítica. Com base na análise das informações encontradas, emergiram dois núcleos temáticos para a reflexão, que foram definidos como: a dinâmica da reabilitação psicossocial nos programas do SUS, e desafios para a assistência integral a pessoas com deficiência psicossocial.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A dinâmica da reabilitação psicossocial nos programas do SUS

Historicamente, pessoas com transtornos mentais ou com desordens psíquicas decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, estavam submetidas a uma cultura hospitalocêntrica que limitava a assistência ao ambiente hospitalar e ao uso de intervenções médicas. Essa situação resultava em sofrimento mental, algo que transcende o campo biológico por abranger as aflições relacionadas ao estado emocional, físico, social e psíquico.

Trata-se de uma realidade estava condicionada ao que era entendido como adequado no contexto social, e isso se refere àquilo que Pierre Bourdieu intitula de *campos*, um ambiente que possui regras e princípios que são aceitos através de um senso comum. Nesse meio, que não é necessariamente físico, se difundem as relações interpessoais entre os indivíduos, as experiências, disputas sociais e conflitos ideológicos na busca por domínio, autoridade (SOUZA; SILVINO, 2018; BRAVO, 2016; CHARTIER, 2002).

Dentro do *campo* existem relações de força em que os agentes ou grupos detentores de maior *capital* costumam possuir o domínio perante os demais (BOURDIEU, 2008). Nesse caso, pode-se inferir que diante do referido contexto de saúde mental, um dos grupos de maior *capital* dentro desse *campo* é o das organizações da saúde, que determinaram a reforma psiquiátrica, pois havia a necessidade de criar novos caminhos para a assistência na área de saúde mental, tendo em vista que a visão restrita ao adoecimento não correspondia a uma terapêutica ideal.

As autoridades que dirigem a saúde pública dispõem de elevado *capital simbólico* e *social*. Pierre Bourdieu conceitua o *capital social* como um "conjunto de acessos sociais, que compreende o relacionamento e a rede de contatos" (THIRY-CHERQUES, 2006, p.39). Já o *capital simbólico* corresponde ao valor que é atribuído a uma pessoa em seu meio social, isto é, envolve seu prestígio, sua honra e valores pessoais. Além destes, há ainda o *capital cultural* e *econômico*, sendo o *capital simbólico* uma síntese de todos (CATANI *et al*., 2017; THIRY-CHERQUES, 2006).

A representatividade dos órgãos dirigentes em saúde está relacionada a seus elevados capitais. Essa força social fez com que a reforma psiquiátrica fosse implantada ao longo dos anos e resultasse em diversos dispositivos assistenciais. Nos dias atuais, com a formação da rede de atenção psicossocial, estratégias inovadoras tem sido desenvolvidas com efeito (BRASIL, 2011a).

A rede é composta por pontos de atenção, que são eles: as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), centros de convivência, serviço de urgência e emergência, unidades de acolhimento, consultório na rua, leitos em hospitais gerais, e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) (BRASIL, 2011a).

Esses pontos de atendimento configuram-se como *símbolos*, isto é, "instrumentos por excelência da integração social" (BOURDIEU, 1989, p.10). Assim, a RAPS é composta por serviços articulados na saúde pública os quais representam *sistemas simbólicos*, que "como instrumentos de conhecimento e de comunicação, só

podem exercer um poder estruturante porque são estruturados" (BOURDIEU, 1989, p.9).

Compreende-se então, que se trata de uma rede de serviços que por ser estruturada é capaz de estruturar toda a assistência em saúde mental. O objetivo é corresponder às demandas dos usuários do SUS por meio de variados recursos terapêuticos, fazendo com que se recorra à internação apenas quando as medidas extra-hospitalares não forem suficientes para o caso (BRASIL, 2011a).

No tocante a essa multiplicidade de programas, destaca-se o CAPS, um programa comunitário do SUS destinado a acolher pessoas acometidas com transtornos psíquicos graves e persistentes, que necessitem permanecer em um espaço assistencial cotidianamente. Esse recurso possui as seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, AD III, CAPS i e o mais recente CAPS AD IV (BRASIL, 2002, 2011a, 2017a).

O CAPS I, II e III, atendem pessoas com intenso sofrimento psíquico, resultante de transtornos mentais graves, com deficiências psicossociais e também com necessidades oriundas do uso de substâncias psicoativas. As diferenças dentre esses é o número populacional, pois a modalidade I deve englobar até 70 mil habitantes e a modalidade II, de 70 a 200 mil habitantes. Na modalidade III, a diferença é que o atendimento é contínuo, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana (BRASIL, 2011a).

A modalidade CAPS AD atende adultos ou crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de acordo com os regulamentos do Estatuto da Criança e do Adolescente. São prestados serviços de saúde mental aberto e comunitário, indicado para regiões com mais de 70 mil habitantes. CAPS AD III se trata do mesmo perfil de usuários, mas com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Nesse caso, há leitos para observação e monitoramento, funcionamento 24 horas na semana inteira (BRASIL, 2011a).

O CAPS i, também é um serviço de caráter aberto e comunitário onde são atendidas crianças e adolescentes com sofrimento psíquico devido a transtornos mentais graves ou pelo uso de crack, álcool e outras drogas. E o CAPS AD IV, instituído em 2017 pela Portaria 3.588, recebe pessoas com quadros graves de

sofrimento mental decorrentes do uso de álcool e outras drogas, de forma contínua e diária. Esta modalidade é destinada a populações com mais de 500.000 habitantes (BRASIL, 2011a; 2017a).

Os serviços CAPS são um marco para o atendimento em saúde mental, e a disposição de diferentes modalidades busca abranger o máximo de demandas possíveis, de modo organizado. Contudo, a quantidade de CAPS AD ainda é insuficiente perante as necessidades atuais (SCHNEIDER *et al*., 2016).

Em 2017, além do CAPS AD IV outro importante plano estabelecido foi a ampliação da RAPS por meio da inserção de hospitais psiquiátricos especializados, unidades ambulatoriais e hospitais-dia, que passaram a integrar a rede de atenção (BRASIL, 2017b).

Com isso, observa-se que a atenção psicossocial tem se expandido, e para organizar esses serviços é necessário uma articulação intersetorial. Entretanto, há uma fragmentação nesse contexto que provavelmente advém do caráter específico dos programas da Atenção Básica, que trabalha focalizando as áreas separadamente, o que dificulta o envolvimento das práticas e a comunicação intersetorial (LIMA; GUIMARÃES, 2019).

Outro programa assistencial da RAPS é o SRT, que designa residências na região urbana para receber pessoas procedentes de instituições manicomiais, com o propósito de transferir o foco do hospital psiquiátrico para a reabilitação na comunidade, algo que corrobora com a reforma psiquiátrica ao passo que busca a desinstitucionalização e a reinserção na sociedade (BRASIL, 2004b).

O dispositivo SRT acolhe um grupo com máximo de oito pessoas e deve ter vínculo com o CAPS. Trata-se de duas vertentes de moradia: O SRT tipo I é recomendado para pessoas com internação de longa permanência e que não contam com suporte familiar. O SRT tipo II é destinado às pessoas com dependência elevada, e que requerem cuidados intensivos e específicos no dia a dia, de modo permanente (BRASIL, 2011b).

Nesse ponto de vista, as residências terapêuticas representam um *espaço social*, pois é composto de agentes que estão próximos nesse meio por conta das

posições que nele ocupam – suas vivências – e esse espaço é tão influente que direciona as atuações que os agentes desenvolvem ali (BOURDIEU, 2008).

Aliado ao SRT, o Programa de Volta pra Casa (PVC) também atende a uma perspectiva inclusiva, pois possibilita aos moradores de SRT a assistência em saúde mental através do PTS, acompanhamento dos casos, integração social, atividades interativas e cuidados multidimensionais que vislumbrem a promoção do bem-estar, a recuperação da autonomia e o reconhecimento enquanto cidadão (BRASIL, 2003b; ACEBAL *et al*., 2020).

Os dispositivos de atenção apresentados acima são importantes sistemas simbólicos em razão dos benefícios prestados à população em saúde. Os programas de reabilitação vislumbram acolher o usuário do SUS por meio do processo de saída da institucionalização para a retomada da vida social, apoiando-se numa perspectiva integral, fortalecendo o desenvolvimento contínuo e oferecendo mecanismos para superação dos fatores de risco e das vulnerabilidades dos sujeitos sociais (BRASIL, 2003a).

Desafios para a assistência integral a pessoas com deficiência psicossocial

No decorrer dos anos, os preceitos da reforma psiquiátrica foram potencializados através das leis e portarias que reorientaram as estratégias de abordagem às pessoas com deficiência psicossocial. Nesse trajeto histórico de duas décadas, esforços têm sido mantidos para romper a exclusão social que perdurou por muito tempo.

Até o período da reforma, aqueles que eram excluídos ou que se auto excluíam do convívio social por conta de suas vulnerabilidades, vivenciaram um processo de *violência simbólica*, ações que geram a submissão de alguém perante expectativas sociais; por exemplo, ao aceitar uma determinada situação sem poder questioná-la (BOURDIEU, 2008; BRAVO, 2016).

Essa circunstância está associada a relações de *dominação*, pois a naturalização da exclusão remete a uma relação em que de um lado estavam os

agentes *dominantes* e de outro aqueles que eram *dominados*, estes últimos seriam os indivíduos com transtornos mentais, no qual lhes era imposto o tratamento psiquiátrico distante do meio público. Hoje, a realidade sanitária mudou, e a dominação entre grupos ganhou novos arranjos (SOUZA; SILVINO, 2018; BRASIL, 2003a).

As relações entre os agentes sociais estão ligadas ao *Habitus*, termo utilizado por Bourdieu para definir um conceito que envolve as ações, as escolhas, ética, comportamentos, opiniões, costumes e que organiza a interação social (THIRY-CHERQUES, 2006; BOURDIEU, 2008). O habitus é variável, por esse motivo ele acompanha e influencia as práticas de saúde.

Apesar dos avanços advindos da RAPS, ainda é perceptível marcas de estigma e preconceito nos âmbitos sociais. Esse estigma, comumente atribuído aos usuários de drogas e a demais pessoas com desordens mentais, traduz-se como uma das principais dificuldades para a inclusão social e reabilitação da saúde. (SANCHES; VECCHIA, 2020). Segundo Bourdieu, “o *estigma* produz revolta contra o estigma, que começa pela reinvindicação pública” (BOURDIEU, 1989, p. 125). Essa reinvindicação é representada pelas iniciativas da saúde pública para proteger os direitos e a saúde dos cidadãos.

Sabe-se que mesmo ultrapassadas, existem feridas sociais que consideram o transtorno mental pela ótica da moral e do juízo de valores, o que retrata uma barreira para o acolhimento, para a recuperação da saúde e reinserção no seio familiar e na comunidade (SANCHES; VECCHIA, 2020).

Do mesmo modo, existem fatores que configuram risco: a baixa autoestima, vulnerabilidade psicossocial, doenças pré-existentes, falta de autocontrole, e outros aspectos individuais (BRASIL, 2003a). O uso indiscriminado de medicamentos também equivale a um risco e por vezes a assistência é erroneamente restringida a esse ato terapêutico (LIMA; GUIMARÃES, 2019).

Perante os desafios verificados, há fatores protetivos que são de suma importância para reinserção social, como apoio familiar, possuir recursos financeiros básicos, residência fixa e emprego (SCHNEIDER *et al*., 2016). O trabalho é um fator

benéfico para a ressocialização, seja ele por meio de emprego ou de oficinas terapêuticas de geração de renda. Os dois casos são oportunidades para interação social, para estruturar o cotidiano e estabelecer rotina, para desenvolver ideias, diminuir a ociosidade, sentir-se útil e exercer a cidadania (MARTINS *et al*., 2018; SANCHES; VECCHIA, 2020).

A relação grupal com profissionais de saúde e com a comunidade pode aproximar a pessoa com transtornos psíquicos dos serviços de saúde, além de ser uma possibilidade de interação e conversação. O envolvimento familiar é significativo para o bem-estar e simboliza acolhimento, com capacidade de fortificar o empenho na recuperação (LIMA; GUIMARÃES, 2019).

Os fatores protetivos citados acima são essenciais para a evolução das pessoas que experienciam a reabilitação psicossocial. São elementos que estão aliados ao capital cultural e econômico, descritos por Pierre Bourdieu. Conforme o sociólogo, o *capital cultural* abrange o sujeito em suas habilidades, aprendizados e competências que foram adquiridas ao longo da vida. O *capital econômico* compreende recursos financeiros, renda, dinheiro, e posses (THIRY-CHERQUES, 2006).

Os capitais mencionados nas obras de Bourdieu – *capital social, simbólico, cultural e econômico* – estão estreitamente ligados ao desenvolvimento de cada indivíduo na esfera individual e coletiva. São valores inerentes a cada ser humano e que tendem a moldar suas vivências, o que denota a relevância desses capitais.

No que diz respeito às pessoas com deficiências psicossociais, a presença de estigma, estereótipo e exclusão fere os capitais simbólico, cultural e social, uma vez que desvalorizam os saberes, a honra, os valores e a cultura de tais pessoas. Além disso, o capital econômico também sofre interferência, pois as oportunidades empregatícias destinadas a essas pessoas são bastante limitadas, diminuindo assim as aquisições financeiras para subsistência.

Aqueles que vivenciam a deficiência psicossocial atravessam um árduo processo até alcançarem a reinserção social, pois as sequelas resultantes dos

transtornos mentais afetam seu cotidiano, distanciando-as das oportunidades no meio público. Assim, é preciso que as barreiras sociais impostas pela discriminação sejam rompidas, almejando-se a integralidade dos programas de reabilitação.

Portanto, o campo social deve acolher essas pessoas com vulnerabilidades, propiciando-lhes chances de se desenvolver a partir de seus capitais, de resgatar a funcionalidade social e de construir novas experiências e convívios. Estratégias como o acesso ao lazer, à saúde, educação e trabalho, são primordiais para a inclusão social, e por isso devem ser amplamente estimuladas como portas de entrada para a igualdade e para a ressocialização.

4. CONCLUSÃO

A partir da reflexão desenvolvida, verificou-se que os programas de reabilitação social buscam superar o caráter hospitalocêntrico e excludente das práticas em saúde anteriores a reforma psiquiátrica. Nessa ótica, os programas da RAPS representam uma nova modalidade de cuidado, que favorece o cuidado em saúde, a reinserção social e a recuperação da autonomia e autoestima.

O campo social, os capitais e o habitus são elementos que influenciam a vivência individual e coletiva e podem ser fatores protetivos ou de risco, a depender das relações e do contexto social. Marcas de violência simbólica e estigma estão presentes na história de pessoas com deficiência psicossocial decorrente de transtornos psíquicos ou do uso de substâncias psicoativas.

Em contrapartida, os serviços dispostos pelo SUS representam sistemas simbólicos que geram suporte social, proteção, cuidados em saúde, e defesa dos direitos. Assim, revela-se a importância dos serviços de atenção psicossocial como uma rede de apoio para a inclusão social e reabilitação por meio da prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde.

REFERÊNCIAS

ACEBAL, J. S. *et al*. O habitar na reabilitação psicossocial: análise entre dois Serviços Residenciais Terapêuticos. **Saúde Debate**, v.44, n.127, p.1120-33, out./dez., 2020. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/sdeb/2020.v44n127/1120-1133/pt/

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.216, de 06 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: Diário Oficial da União, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.html

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília – DF: Diário Oficial da União, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Programa de Volta pra Casa: liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2003b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_volta_para_casa.pdf

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.197, de 14 de outubro de 2004**. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf

_____. Ministério da Saúde. **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 (SUS). Brasília – DF: Diário Oficial da União, 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011**. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Brasília – DF: Diário Oficial da União, 2011b.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as portarias de consolidação n°3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília – DF: Diário Oficial da União, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017**. Seção 1, n.245, p.239. Brasília – DF: Diário Oficial da União, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html

BRAVO, R. G. Violência simbólica na EPT – um estudo de caso no curso técnico de enfermagem do Instituto Humboldt de Vitória/ES. **RBEPT**, vol.2, n.11, p.71-87, 2016. Disponível em: http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/RBEPT/article/view/4746

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

_____. **Razões práticas:** sobre a teoria da ação. 9 ed. Campinas: Papirus; 2008.

CATANI, A.M. *et al*. **Vocabulário Bourdieu**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2017.

CHARTIER, R. Pierre Bourdieu e a história. **Topoi**, v. 3, n. 4, p. 139-182, Jun. 2002.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n.3, e290310, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/46y3mHF9kdx7DHQGHwpspdf/?lang=pt

MARTINS, A. O. *et al*. Trabalho como estratégia de reabilitação social: desafios e potencialidades de uma oficina de trabalho. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.17, n.2, p.51-61, 2018. Disponível em: https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1173

ONU. Organização das Nações Unidas. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Resolução A/61/611, 13/12/06. Nova York: 2006.

OPAS. Transtornos Mentais. **Organização Pan-Americana da Saúde**. [s. d.]. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais. Acesso em: 15 de jul. de 2021.

SANCHES L.R.; VECCHIA, M.D. Reabilitação psicossocial e inclusão social de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: impasses e desafios. **Interface (Botucatu)**, v.24, e200239, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.200239

SASSAKI, R. K. **Deficiência psicossocial**: A nova categoria de deficiência. Fortaleza: Agenda 2011 do Portador de Eficiência, 2010.

_____. Deficiência Psicossocial. **Jusbrasil**. 2011. Disponível em: https://oab-rj.jusbrasil.com.br/noticias/2748813/artigo-deficiencia-psicossocial-romeu-kazumi-sassaki. Acesso em 15 de jul. 2021.

SCHNEIDER, J. A. *et al*. O papel da reabilitação psicossocial no tratamento de usuários de crack. **Aletheia**, v. 49, n. 1, p. 35-47, jun. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942016000100004

SOUZA, D.F.; SILVINO, Z. R. A Sociologia de Pierre Bourdieu: potencialidade teórica para o subcampo da enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v.71, n.4, jul./ago., p.2175-80, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/Csn6pBm8XjcznpN7SVQ3Ggn/?lang=pt

THIRY-CHERQUES, H.R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Rev. Adm. Pública**, v. 40, n. 1, p. 27-55, Fev. 2006. Disponível em: http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6803