

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE
FANESE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU ESP. EM SAÚDE PÚBLICA
E DA FAMÍLIA XVIII

TEREZINHA OLIVEIRA BEZERRA

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL**

Aracaju – SE
13 de Julho de 2015

TEREZINHA OLIVEIRA BEZERRA

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pós-Graduação e Extensão – NPGE, da Faculdade de Administração de Negócios de Sergipe – FANESE, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde Pública e da Família.

Orientador: _____

Aracaju – SE
13 de Julho de 2015

TEREZINHA OLIVEIRA BEZERRA

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA
SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pós-Graduação e
Extensão – NPGE, da Faculdade de Administração de Negócios de Sergipe –
FANESE, como requisito para a obtenção do título de Especialista em
Saúde Pública e da Família

AVALIADOR

COORDENADOR

ALUNA

Aprovada com média: _____

Aracaju, _____ de _____ de 2015.

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL

Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe – FANESE

Terezinha Oliveira Bezerra – Terezinha.oliveira60@hotmail.com

RESUMO

Esta pesquisa apresenta - A Estratégia Saúde da Família (ESF) no contexto da Saúde Mental. A saúde psíquica vem passando por grandes avanços, ficando para trás uma história asilar de estigma, preconceito e exclusão social, para viver uma nova concepção política de saúde mental, ressignificando-a para um modelo com base em diretrizes de acolhimento integral, no próprio território do sujeito, evitando sempre que possível a hospitalização. Objetivou analisar a ESF e sua atuação junto aos portadores de transtorno mental, e mais especificamente, conhecer os mecanismos de acolhimento ao usuário pela ESF; investigar as principais dificuldades vivenciadas pela ESF na Saúde Mental; e identificar as dificuldades da família do usuário no seu tratamento. Pesquisa bibliográfica, com uma revisão literária a partir de livros e artigos científicos. Concluiu-se que, a atuação da ESF é eficaz a partir do vínculo firmado entre os profissionais, o usuário e sua família, levando-os a exercerem sua cidadania, com maior autonomia no seu tratamento, e a integração deste indivíduo na comunidade. O Acolhimento com afetividade e empatia por parte da ESF, as Visitas Domiciliares e a Terapia Ocupacional, propiciam o fortalecimento do Vínculo, promovendo a escuta tanto do usuário quanto dos familiares, contribuindo de forma eficaz na evolução do tratamento, na inclusão social e restauração da dignidade humana. Uma das fragilidades da ESF é a relação conflituosa entre o discurso teórico autoritário tradicionalista e a prática, e o despreparo profissional para lidar com as necessidades subjetivas no cotidiano das assistências.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Saúde Mental. Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

This research presents - The Family Health Strategy (FHS) in the context of Mental Health. The mental health has undergone major advances, leaving behind a history of asylum stigma, prejudice and social exclusion to live a new conception of mental health policy, giving new meaning to for a model based on full host guidelines, in their own territory the subject, avoiding wherever possible hospitalization. Aimed to analyze the ESF and its work with the mentally disorder, and more specifically, to know the mechanisms of the user host the ESF; investigate the main difficulties experienced by the ESF in Mental Health; and identify the user's family difficulties in their treatment. Bibliographical research, with a literature review from books and scientific articles. In conclusion, the role of ESF is effective from the signed link between professionals, you and your family, leading them to exercise their citizenship, with greater autonomy in their treatment, and the integration of this individual in the community. The Home with affection and empathy by the ESF, the home visitation and occupational therapy, favor the strengthening of the Bond, promoting the listening of both the user and the family, contributing effectively in the evolution of treatment, social inclusion and restoration human dignity. One of the weaknesses of the ESF is the conflicting relationship between the authoritarian traditionalist theoretical discourse and practice, and professional unpreparedness to deal with the subjective needs in daily assists.

Keywords: Family Health Strategy. Mental Health. Occupational Therapy.

1 INTRODUÇÃO

As manifestações da loucura não se configuravam como violação do contrato social; no entanto, o estado promoveu uma intervenção na vida desses sujeitos, privando-os dos seus direitos (CASTEL, 1987). Tal intervenção foi ocasionada pela cumplicidade do saber psiquiátrico que assegurava à sociedade a indisponibilidade do louco em conviver na comunidade. Dessa forma, no início até meados do século XV, as cidades adotavam uma postura de desprezo aos loucos expulsando-os de seus muros. E, o estado passou a gerenciar a loucura visando um possível bem-estar de todos. Por vezes, trancafiando os loucos em instituições patrocinadas pelo governo, meramente para isolá-los da sociedade (FOUCAULT, 1978).

O século XIX foi marcado pelo movimento da medicalização e institucionalização das práticas terapêuticas - o doente mental saiu da sua comunidade para ser internado e tratado em grandes asilos. Já no período pós-guerra, na segunda metade do século XX, assistiu-se a um movimento contrário, orientado pela mobilização em prol da desinstitucionalização - o doente mental deve deixar os hospitais e retornar à sua comunidade (PEREIRA, 2005 *apud* CUNHA, 2013).

No Brasil, na atualidade, bem como em vários países do mundo, vêm ocorrendo mudanças significativas nas políticas que norteiam a assistência ao portador de transtorno mental. O Ministério da Saúde vê a Reforma Psiquiátrica como:

Um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do “louco” e da “loucura”, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão. Trata-se de um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (Brasil, 2007, p. 63).

A nova Política Nacional de saúde mental busca redirecionar o modelo assistencial em saúde mental focado na doença psiquiátrica e pautado em cuidados que geram exclusão social e preconceito, para um modelo baseado em diretrizes de acolhimento e cuidado integral do sujeito, no seu próprio território, inclusive no momento da crise. Apoiada na lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos

variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).

Um dos equipamentos de atuação dessa rede de serviços é a Estratégia Saúde da Família – ESF, com ações voltadas à Saúde Mental, através de atendimento individual e familiar, destacando ainda o acolhimento, o vínculo, as visitas domiciliares e o papel da terapia ocupacional.

Este estudo teve como questionamento norteador - Será que a Equipe de Saúde da Família está preparada para atuar na Saúde Mental? Daí surge à justificativa desta pesquisa em valorizar e perceber a importância do profissional da saúde da família, que atua procurando ampliar seus conhecimentos, bem como uma melhor qualificação no enfrentamento e minimização das dificuldades ali encontradas.

Buscou-se responder aos seguintes objetivos: analisar como a Equipe de Saúde da Família atua junto aos portadores de Transtorno mental. E, especificamente, conhecer os mecanismos de acolhimento ao usuário pela ESF; investigar as principais dificuldades vivenciadas pelos profissionais da ESF na Saúde mental; e por fim, identificar as contribuições e dificuldades da família do usuário no seu tratamento.

Na metodologia utilizou-se uma revisão bibliográfica em livros e revistas científicas, buscando conhecimentos alusivos ao campo interdisciplinar da Saúde da Família e da Saúde Mental, com a finalidade de responder aos objetivos aqui propostos. Para Gil (2007, p. 44), “os exemplos mais característicos desse tipo de pesquisa são sobre investigações sobre ideologias ou aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema”.

O desenvolvimento desse estudo iniciou-se com um breve histórico da loucura, desde alienação à Reforma Psiquiátrica; discorreu-se ainda sobre as potencialidades e fragilidades da Estratégia Saúde da Família na Saúde Mental, com ênfase no acolhimento e no vínculo com usuário e familiares, visitas domiciliares e a terapia ocupacional.

2 BREVE HISTÓRICO DA LOUCURA

Ao estudar um pouco a História da Loucura, o indivíduo torna-se conhecedor que os “loucos” passavam a maior parte de suas vidas trancafiadas em grandes manicômios. Ao adentrar hoje em uma Instituição de saúde mental, ficará admirado ao encontrar todas as portas abertas e os chamados “loucos” - denominação erroneamente empregada para definir os pacientes com transtornos mentais -, passeando pelo pátio ou quem sabe assistindo à TV na sala de entrada, ou mesmo, desenvolvendo outra atividade artística, se sociabilizando, cenas comuns atualmente nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) da rede pública de saúde mental.

Para melhor conhecer esse ambiente herdeiro direto da Reforma Psiquiátrica, é importante retomarmos o caminho que se desenvolveu desde a instalação da psiquiatria até o modelo atual da prática em saúde mental. À época da revolução francesa, que marca o início da psiquiatria como atualmente a conhecemos, a figura do doente mental não equivalia à figura do cidadão, pois o “louco” não era definido como um sujeito de contato social (CASTEL, 1987).

Durante a primeira metade do século XV, os “loucos” possuíam uma existência facilmente errante. As cidades adotavam uma postura de desprezo expulsando-os de suas muralhas; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos. Detidos pelas autoridades municipais os “loucos” eram escorraçados, particularmente com mais frequência na Alemanha, em Nuremberg (KIRCHHOFF, 1912 *apud* FOUCAULT, 1978).

Somente a partir de Pinel, tomou-se conhecimento que os loucos, durante um século e meio, foram postos sob o regime desse internamento, e que um dia, serão descobertos nas salas do Hospital Geral, nas celas das “casas de força” (FOUCAULT, 1978).

Dessa forma, o estado promoveu uma intervenção na vida desses indivíduos, privando-os dos seus direitos. Essa intervenção citada por Gabbay (2010) deu-se através da cumplicidade do saber psiquiátrico que assegurava à sociedade que o louco não possuía condições de nela conviver. E assim, o estado passou a gerenciar a loucura da melhor maneira possível para o bem-estar de todos. É através de Pinel, com sua pedagogia da sociabilidade instituída no Grande Hospital, seriam devolvidos ao “louco” os atributos de razão e vontade, o que lhe permitiria se reinscrever no espaço social passando a recolocar o doente mental em condições de participar da vida social, por intermédio da condição prévia de exclusão.

O médico francês Philippe Pinel (1745-1826) tornou-se conhecido por promover uma revolução no pensamento acerca da loucura, inserindo-a na lista de estudos médicos, tornando-a passível de análise e observação científica. Ao focar sua teoria no tratamento e etiologia moral da doença mental, destacou o hospício como de fundamental importância no atendimento à loucura, por permitir a observação sistemática e o acúmulo de conhecimentos a esse respeito. Ao isolar o paciente da influência do ambiente em que se encontrava, buscava impedir que os alienados perturbassem a ordem, tornando-se um processo terapêutico (FACCHINETTI, 2008 *apud* CUNHA, 2013).

Vale ressaltar também a trajetória do discípulo de Pinel - Jean-Étienne Esquirol (1772 – 1840), considerado um clássico da psiquiatria francesa da primeira metade do século XIX, um dos fundadores do pensamento psicopatológico. Assim, dedicou-se à delimitação nosográfica do quadro psicopatológico, com atuação e produção teórica baseada na observação. Esquirol entendia a doença mental como oriunda de causas físicas e morais, assim como seu mestre Pinel (PACHECO, 2003 *apud* CUNHA, 2013).

Desde o surgimento do Grande Hospital, dois séculos de manicômios marcam a história. É ao longo do século XIX, que a concepção dos manicômios se transforma do internato educacional proposto por Pinel para um local de sujeição violenta do louco, com enfoque na lesão orgânica presumível que acarreta a enfermidade mental, e não mais na desrazão (PESSOTTI, 1996). Essas instituições reduzem o ser humano tão somente à sua forma, pois seu conteúdo e suas “funções” são ironicamente rotulados de aberrantes e trágicas, dignas de pena, medo e nojo, afirmam Rosa e Vilhena (2012).

A partir do início do século XX surgem questionamentos sobre a validade dos conceitos diagnósticos em psiquiatria. A demora dos movimentos Reformistas em ganharem força no cenário mundial, se é que existe alguma justificativa, ela pode estar associada ao fato da Europa ter tido um considerável decréscimo em sua força de trabalho, fato notório após a Segunda Guerra, faltando assim um número suficiente de pessoas capazes para cuidar dos loucos institucionalizados. Para Mângia (*apud* Rosa e Vilhena, 2012), um dos fatores ainda que merece destaque nesta época, é a queda drástica dos financiamentos para as instituições psiquiátricas, ao tempo que passaram a ser observados como dispendiosos e pouco eficazes.

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil, iniciado no final dos anos 70, surgiu em decorrência, por um lado, da crise nos paradigmas da psiquiatria clássica que tinha o hospital psiquiátrico como única alternativa de tratamento, proporcionando a cronicidade e a exclusão das pessoas com doença mental, e, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos (VOLPE, *et al.* 2010).

Amarante (1995), também falando do movimento político que originou a Reforma Psiquiátrica Brasileira, enfatiza seu início com a problematização do modelo manicomial e de sua articulação com o regime militar ao passo em que este modelo tinha como praxe a exclusão e a tortura de presos políticos. Outro marco desse período que merece ser ressaltado foi à denúncia da situação precária e desumana de instituições públicas mantidas pela Divisão Nacional de Saúde Mental, do tipo asilar. Em 1987 foi realizada a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro) que, entre outros temas, debateu os direitos e deveres do doente mental. E, nesse mesmo ano surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental com o lema: “Por uma Sociedade sem Manicômios”, agregando ainda na sua luta várias denúncias contra a política nacional de saúde mental. Nascimento e Galvanese (2009) fazem alusão à importância da criação do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo neste mesmo ano.

Em 1989, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) faz intervenção na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico com práticas de maus-tratos e casos de mortes de internos. A repercussão dessa intervenção foi a nível nacional, demonstrando inequivocadamente à possibilidade de elaboração de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. O município de Santos implantou Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) com seu funcionamento 24 horas, além das cooperativas, associações e residências terapêuticas que acolhiam os egressos do hospital psiquiátrico. Tais ações comprovam que a Reforma Psiquiátrica era possível e exequível.

Para Delgado (2011), a partir da década de 90, a luta antimanicomial ganha maior força com a participação ativa dos pacientes, através de um projeto de lei que propõe a reconstrução da ordem da assistência psiquiátrica no Brasil. Vilhena e Rosa (2012), dão ênfase à criação dos primeiros conselhos de usuários, formados nessa ocasião, e suas reivindicações passaram a ecoar nos fóruns de Saúde Mental de todo o país. E assim, ocorre uma drástica mudança, aqueles que não possuíam sequer racionalidade, passam a serem vistos num novo olhar.

Algumas mudanças permanecem acontecendo no cenário da psiquiatria. Com a Lei 10.216/2001, fica assegurada a cidadania plena dos pacientes e elenca nove direitos básicos, entre os quais o da prioridade no tratamento comunitário. Restringindo a internação como uma modalidade de tratamento, a ser utilizada apenas nos casos em que é indispensável. No entanto, na prática, ainda não se seguia essas orientações normativas. Pacientes eram internados para que a família ficasse livre do problema ou porque o estado repassava os gastos que as clínicas viriam a ter; logo, a instituição optava pela via mais cômoda: a da internação.

A sigla CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é uma das muitas siglas que nomeiam a descentralização do cuidado e da assistência aos pacientes do sistema público de saúde. A proposta é que cada um desses setores seja responsável por uma parcela das demandas da sociedade. Este é o conceito de Rede de Atenção Básica em Saúde de base comunitária, que foi instituído pelo governo brasileiro inicialmente na década de 90, com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) (MS, 2005).

“É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais” (MS, 2005, p.26). Tendo como finalidade, regular e organizar os serviços de saúde dando autonomia aos organismos públicos nas esferas federal, estadual e municipal, o governo busca manter um único direcionamento pautado pela universalidade e equidade na oferta de serviços à população. Tão somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou “equipamento” - nomenclatura usada pelo governo para instituições integrantes da Rede de Saúde-, é capaz de enfrentar a complexidade das demandas de inclusão de pessoas há tanto tempo estigmatizadas, em um país marcado pelas desigualdades sociais.

Este novo fazer da psiquiatria conta com uma rede de serviços e equipamentos variados a saber: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). A política do governo através do Programa de Volta para Casa oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos. Na atenção integral em álcool e drogas, além de todos os recursos da rede, conta-se ainda com leitos de retaguarda e a Escola de Redutores de Danos.

3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL

A criação da Estratégia Saúde da Família, principal mecanismo de reorganização da Atenção Primária à Saúde no Brasil, está diretamente relacionada com a revalorização de conceitos como comunidade e família com o objetivo de possibilitar uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e a construção de modelos de trabalho que ultrapassem as práticas de caráter exclusivamente curativo (VASCONCELOS, 1999).

Chiesa *et al.* (2002) afirma que a ESF tem por finalidade, a substituição e reestruturação do modelo vigente de atenção à saúde, por fugir da concepção usual dos programas tradicionais concebidos pelo Ministério da Saúde, deixando-se ser uma intervenção pontual no tempo e no espaço, como também não surge de forma paralela ou vertical às atividades rotineiras dos serviços de saúde. Entretanto, sugere a integração e organização das atividades em um território definido, voltado para a saúde do indivíduo/família dentro da sua comunidade.

3.1 Potencialidades da Estratégia da Saúde da Família

As intervenções inovadoras, tanto no campo da Saúde da Família como no da Saúde Mental, vem mostrando potencialidades da Estratégia Saúde da Família, como:

- Fortalecer o processo de mudança do modelo médico-privatista para a construção de um novo modelo;
- Ampliar a participação e controle social;
- Resgatar a relação dos profissionais de saúde e usuários do SUS;
- Oportunizar a diminuição do abuso de alta tecnologia na atenção em saúde; e ainda,
- Fortalecer a importância da escuta, do vínculo e do acolhimento (ROSA, 2002 *apud* BRÊDA *et.al*, 2005).

De acordo com Barros (*apud* COLVERO, IDE, ROLIM, 2004) as ações de saúde mental no contexto do SUS cooperaram para a Reforma Psiquiátrica e para a reorientação da prática das equipes de saúde mental. No entanto essas ações na atenção básica não apresentaram uniformidade, ficando assim na dependência dos profissionais da saúde da família ou da decisão política do gestor, sugerindo que os profissionais busquem se qualificar para apropriar-se de novas práticas e assim alcançar uma assistência integral. Dessa forma, se faz necessário investimento para qualificar tais profissionais e assim atender a todas as demandas de forma eficiente.

A Reforma Psiquiátrica na atenção básica em saúde mental priorizam ações voltadas para a inclusão social, cidadania e autonomia das pessoas portadoras de transtornos mentais. O princípio da Reforma Psiquiátrica é a desinstitucionalização e conjetura a manutenção do doente mental em seu cotidiano, evitando a internação e, se esta for necessária, que seja de curta duração e preferencialmente em emergência psiquiátrica, possibilitando assim a preservação dos seus vínculos com seus familiares e suas redes sociais (COLVERO, IDE, ROLIM, 2004).

Segundo Minayo (2004), as ações desenvolvidas pelas equipes do PSF estão divididas em: visita domiciliar ao doente mental e seus familiares; vínculo, acolhimento e encaminhamento as oficinas terapêutica. No transcurso desse estudo, esses aspectos do trabalho da ESF serão mencionados.

3.2 Ações desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família

3.2.1 Visita domiciliar ao doente mental e seus familiares

Ainda reportando a Minayo (2004) com relação à **visita domiciliar** ao doente mental e seus familiares, foi a ação mais enfatizada dentre as demais, pois gerou um diálogo entre os profissionais a cerca de como poderiam servir aos pacientes com transtornos mentais e suas famílias da melhor forma possível. Ao visitar esses usuários os profissionais da saúde da família realizaram diversas atividades, desde acompanhar o uso da medicação a esclarecerem dúvidas sobre a doença mental e orientarem como os familiares devem lidar com o sofrimento mental, tendo como alvo a melhorar a convivência entre o usuário e seus familiares, incluindo assim a família no tratamento, estreitando os vínculos entre todos os envolvidos.

A visita domiciliar mensal a uma área determinada torna possível que pessoas e famílias em situação de maior risco sejam atendidas. Inclusive, indivíduos que não comparecem às consultas, que não solicitam ajuda, como exemplo, as que fazem uso prejudicial de drogas, que sofrem atos de violência, que estão em risco de suicídio ou em cárcere privado, ou seja, pessoas que muito necessitam e pouco ou nada demandam (LANCETTI, 2006). Um aliado fundamental para o sucesso da visita domiciliar é o prontuário familiar, pois consta os prontuários individuais e é uma ferramenta de trabalho de todos os membros da equipe de Saúde, facilitando o acesso a todas as informações da família, sua história, queixas ou motivos das consultas, atenção recebida, problemas e formas de enfrentamento, dinâmica de relacionamento familiar etc.

As visitas domiciliares são utensílios fundamentais para o cuidado à família. São de fundamental importância que o profissional esteja atento as seguintes questões:

- Identifique quem são os cuidadores da pessoa com sofrimento psíquico e/ou uso de álcool e drogas, procurando envolvê-los na conversa.
- Faça com eles uma lista dos cuidados que a pessoa com sofrimento psíquico e/ou uso de álcool e drogas recebe deles.
- Organize essa lista de cuidados classificando-os de acordo com prioridades discutidas e consensuadas entre todos: membros da equipe de Saúde e cuidadores familiares.
- Observe e registre quais cuidados estão faltando.
- Converse com os cuidadores familiares para, juntos, identificarem as causas das dificuldades e buscarem soluções alternativas. (BRASIL, 2013, p.71)

3.2.2 Estratégia Saúde da Família e a família do usuário

É possível compreender a família como um sistema aberto e interconectado com outras estruturas sociais e outros sistemas que fazem parte da sociedade, estabelecida por um grupo de pessoas que compartilham uma relação de cuidado - proteção, alimentação e socialização -, cria vínculos afetivos, de convivência, de parentesco, de forma consanguínea ou não, dependentes pelos valores socioeconômicos e culturais predominantes em um dado contexto geográfico, histórico e cultural. Não existe um conceito único de família; existem “configurações vinculares íntimas que dão sentimento de pertença, habitat, ideais, escolhas, fantasias, limites, papéis, regras e modos de se comunicar que podem (ou não) se diferenciar das demais relações sociais do indivíduo humano no mundo” (COSTA, 1999, p. 76). Entretanto, “a família, seja ela qual for, tenha a configuração que tiver é, e será, o meio relacional básico para as relações no mundo, da norma à transgressão dela, da saúde à patologia, do amor ao ódio” (COSTA, 1999, p. 78).

Koga e Furegato (1999), deixam explícito os conflitos gerados na família das pessoas portadoras de transtorno mental, decorrentes da sobrecarga familiar, sobrecarga essa justificada pelo fato de que antes do adoecimento, a pessoa contribuía financeiramente nas despesas familiares, assim como em todas as atividades familiares, e, após o surgimento do transtorno mental, as responsabilidades deixam de ser compartilhadas. Além, de a família assumir as responsabilidades no sustento, ainda precisa ajudar ao seu familiar doente no tratamento.

Em sua pesquisa Sgambati (apud COLVERO, IDE, ROLIM, 2004), destaca o desabafo de familiares de usuários, ao falar da difícil convivência com seu ente querido doente mental, é uma trajetória marcada por um sentimento de insegurança e desconforto diante da imprevisibilidade de suas ações, convivendo com a expectativa de que algo súbito possa acontecer a qualquer momento, sem que possam ter o controle da situação. Afirma

ainda, que muitas famílias não são avaliadas adequadamente, pra identificar se estão preparadas para assumir esse encargo de receber e cuidar de parente ou familiar com transtorno mental; faltando um acompanhamento de serviços assistenciais na comunidade, imprescindíveis nesses casos.

É necessário que os profissionais responsáveis pela saúde da família que cuidam de usuários com transtorno mental, percebam que a família necessita de tratamento tanto quanto o usuário, pois que o usuário está inserido na família e se a família não for preparada para cuidar do usuário, isso irá afetar o desenvolvimento do paciente e a convivência do mesmo com a família.

Ao analisar os modelos de reabilitação psicossocial, Saraceno (1999) constatou que a terapia familiar comportamentalista não previne as recaídas, mas se obtém uma prorrogação, e que assim a intervenção deve prolongar-se por tempo não previsível. Logo, a família do usuário fica sempre na expectativa de uma recuperação e retomada da participação na rotina financeira que muitas vezes demora muito e até nem chega mais. Contudo, torna-se imprescindível uma conduta de bom acolhimento da ESF, tanto para com o usuário quanto para sua família.

3.2.3 Acolhimento

Ao refletir sobre o acolhimento no âmbito dos profissionais de saúde da família no cuidado com os pacientes que tem transtorno mental, a pesquisa realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, entendeu o acolhimento como uma ação primordial e imprescindível para o funcionamento adequado dentro das ações dos profissionais da saúde da família. O acolhimento deve ter a intervenção de toda a equipe multiprofissional, que recebe, ouve e tenta resolver as dificuldades do usuário. A relação entre o profissional e o usuário possibilita absorção de conhecimento através das práticas desenvolvidas nas diversas categorias (BH, 2003).

Conforme Fracoli e Bertolozzi (2001 *apud* COELHO, 2010) se faz necessário entender o acolhimento como um mecanismo de trabalho que unifique as relações humanas em todas as esferas, não se limitando somente ao ato de acolher. Para que haja essa humanização, Leite, Maia e Sena asseguram que o respeito e a responsabilidade são essenciais, no entanto, é necessário ultrapassar o limite da afetividade criando um vínculo, tendo em vista a melhoria da saúde psíquica do usuário e de todos ao seu redor (LEITE, MAIA, SENA, 1999 *apud* COELHO, 2010).

O acolhimento realizado nas unidades de Saúde é um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário. Em uma primeira conversa, por meio do acolhimento, a equipe da unidade de Saúde já pode oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que a UBS está disponível para acolher, acompanhar e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços (BRASIL, 2013).

3.2.4 Vínculo

Ao referir-se ao vínculo, Coimbra e Oliveira (2005) expõe que para que ocorra esse vínculo se faz necessário em primeira instância o acolhimento, pois o usuário ao ser acolhido com afetividade, sentindo-se amado, respeitado, pertencente aquele espaço permite que os profissionais façam parte da vida dele. Esses profissionais passam a ter a liberdade de auxiliar os usuários no entendimento de seu transtorno mental, proporcionando uma maior qualidade de vida a este e a seus familiares.

Após o acolhimento, inicia-se uma aproximação entre o usuário e o profissional de saúde – criando vínculo, sendo que essa aproximação é lenta; cada um tem expectativas diferentes, pois que os usuários procuram amparo por conta de seu estado emocional abalado, buscam entendimento, apoio, enquanto que o interesse do profissional é auxiliar, cuidar, servir ao usuário de forma eficiente. Nem sempre conseguem êxito, por conta de diversos fatores (BRASIL, 2004). O vínculo, envolve afabilidade, auxílio e respeito, possibilitando segundo Schimidt (apud Coelho, 2010, p.28) a inclusão do paciente como corresponsável pela sua saúde, possibilitando ao mesmo a construção de sua autonomia, como sujeito atuante que pensa, julga, fala e deseja.

É indispensável que essa ação possa se desenvolver da melhor forma possível, com qualidade e compromisso por parte de todos os envolvidos. Fazendo com que o usuário sinta que seus direitos são respeitados e ele não é o que a sociedade muitas vezes o classifica, ao contrário, ele precisa acreditar que é capaz de se inserir na sociedade da melhor forma possível com qualidade de vida e dignidade.

O desenvolvimento de intervenções em saúde mental na Atenção Básica é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos constroem novas ferramentas e estratégias para compartilhar e criam juntos o cuidado em saúde, propiciando “o famoso desabafo”:

O profissional de Saúde como um interlocutor para a pessoa em sofrimento, não raramente, os profissionais oferecem atenção e tempo para a escuta, o que permite um espaço de desabafo para o paciente. A atitude de desabafar e de escutar o desabafo é comum no dia a dia de muitas pessoas, independentemente de elas exercerem um ofício profissional relacionado à saúde. Por ser considerada uma prática do senso comum e não uma técnica específica do profissional de Saúde, a oferta para escutar atentamente o desabafo pode parecer algo menor se comparado a outras condutas técnicas. Contudo, essa desvalorização do espaço para a escuta não invalida sua importância e potência, principalmente no trabalho na Atenção Básica. É uma primeira ferramenta a ser utilizada pelo profissional de Saúde para que o paciente possa contar e ouvir o seu sofrimento de outra perspectiva, por intermédio de um interlocutor que apresenta sua disponibilidade e atenção para ouvir o que ele tem a dizer. A partir dessa aposta, entendemos que o usuário encontrará no profissional de Saúde uma pessoa interessada por sua vida e em lhe ajudar (BRASIL, 2013, p. 24).

O exercício de narrar seus sofrimentos, ter a possibilidade de escutar a si mesmo enquanto narra, além de ser ouvido por um profissional de Saúde atento, por si só, já pode criar para o usuário outras possibilidades de olhar para a forma como se movimenta na vida e suas escolhas, além de também ofertar diferentes formas de perceber e dar significado aos seus sofrimentos. A segurança para realizar estas orientações virá do vínculo produzido com o usuário ao longo do tempo.

3.3 As atividades e dificuldades dos Profissionais da Saúde da Família

A análise feita pelos autores Vechia e Martins (2007. p. 191) com relação a Equipe de Saúde da Família (ESF) busca diversificar as estratégias oferecidas como consulta, atividades em grupo, ações comunitárias, beneficiando a inclusão social no cotidiano. Tendo como objetivo auxiliar nas inúmeras dificuldades vivenciadas pelos usuários e seus familiares. Além dessa observação, ao se tratar de saúde mental os pesquisadores acima chamam a atenção para a saúde psíquica dos profissionais envolvidos no tratamento dos usuários. Sugerindo que os mesmos busquem organizar um ambiente para que reflitam sobre suas atividades e em conjunto possam minimizar suas consternações, pois que a convivência diária com os usuários de sofrimento psíquico acaba de alguma forma atingindo os profissionais, levando-os ao adoecimento.

A família é, ao mesmo tempo, objeto e sujeito do processo de cuidado e de promoção da saúde pelas equipes de Saúde da Família. Na ESF o vínculo entre os profissionais de Saúde, a família e a comunidade é compreendido como fundamental para que as ações da equipe tenham impacto positivo na saúde da população. Esse vínculo de confiança vai sendo fortalecido por meio da escuta, do acolhimento, da garantia da participação da

família na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), da valorização da família enquanto participante ativa do tratamento etc.(BRASIL, 2013).

3.3.1 Atuação da Terapia Ocupacional

Sabe-se que o olhar da atenção psiquiátrica no Brasil, desde sua reforma iniciada em 1970, como citado anteriormente, passa por grandes transformações, colocando em constante questionamento as identidades profissionais dos técnicos e a separação entre diferentes disciplinas. Para Ballarin e Carvalho, (2007) é preciso reconhecer o valor do trabalho inter e transdisciplinar numa nova concepção de saúde e assistência ao usuário, privilegiando a prática e reordenando o trabalho.

Nessa nova concepção de tratamento em saúde mental, Ribeiro e Oliveira (2005) destacam a Terapia Ocupacional como uma profissão que agrega conhecimentos interdisciplinares das áreas da saúde, educação social e cultural, se ocupando em assistir às necessidades e dificuldades dessas pessoas no seu dia-a-dia.

A heterogeneidade nas práticas e nos recursos utilizados pela Terapia Ocupacional, compartilhados no trabalho interdisciplinar, demonstra contribuir no processo de desinstitucionalização de um portador de transtorno mental. Assim, Ballarin e Carvalho (2007), enfatizam a identificação e validação de potencialidades e interesses, da averiguação sistemática de seu cotidiano, buscando fortalecer os vínculos, tornando possível resgatar a identidade rompida com o processo de institucionalização.

Como estratégia de atuação a Terapia Ocupacional prioriza atendimentos grupais através das oficinas terapêuticas, com vistas à promoção de autonomia, bem como a participação social. O espaço utilizado pelo terapeuta ocupacional, geralmente é dividido com oficinairos, artistas e outros profissionais da saúde de forma harmoniosa, afirmam Lopes e Leão (2002). De acordo com Mângia e Nicácio (2001), ao criar estratégias para inclusão das diversidades no contexto sociocultural, direta ou indiretamente, a Terapia Ocupacional, apresenta os discursos da assistência social, saúde e educação, e conseqüentemente, vem contribuindo com a construção desse conhecimento, marcando sua presença neste cenário de práticas interdisciplinares.

Para Barros, Ghirardi, Lopes (2002) a Terapia Ocupacional, no contexto das novas práticas, também é ressignificada, se inscrevendo nas relações entre as pessoas e os contextos, na produção de possibilidades materiais, subjetivas, sociais e culturais que possibilitem a convivência com as diferenças. As diferentes linguagens conferidas pela atividade artística também são apontadas como exequível no tratamento, ao permitirem a

expressão, a comunicação e o desenvolvimento da criatividade, e a conseqüente inserção sociocultural como cita Ribeiro, Oliveira, (2005) e Lopes, Leão (2002).

Conforme relata Saraceno, 1989 (apud Mângia, Nicácio, 2001), é nessa conjuntura que surge uma nova concepção, a saúde toma distancia do conceito de ausência de doença ou de estado de completo bem-estar ou equilíbrio para a inovação de projetos de vida que viabilizam as de trocas de recursos e afetos em uma rede de relações bem articuladas e flexíveis, que possibilitam maior participação dos sujeitos na sociedade.

3.4 Fragilidades no desenvolvimento da Estratégia da Saúde da Família

Em contrapartida, são apontadas no desenvolvimento da ESF diferentes fragilidades ou contradições, sendo estas comuns a Reabilitação Psicossocial, dentre elas:

- a) relação conflituosa entre o discurso e a prática cotidiana;
- b) a verticalização e normatização do programa em intensificar o caráter prescritivo e autoritário, típico dos tradicionais programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, criando empecilhos na adequação da assistência às realidades locais e ao controle social;
- c) tem sido cada vez mais notório o despreparo dos profissionais para enfrentar conteúdos ligados à emoção e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência;
- d) o despreparo da família e do entorno social em lidar com a pessoa que necessita de ajuda;
- e) a medicalização dos sintomas compreendida, muitas vezes, como uma indisponibilidade aos problemas psíquicos, e
- f) a ausência ou ineficiência dos serviços de referência (OLIVEIRA, 1996 *apud* BRÊDA *et.al*, 2005).

É preciso uma ação mais eficaz no matriciamento, ou seja, dando suporte para a Estratégia Saúde da Família. Para Campos e Domitti (2007) o matriciamento estabelece a corresponsabilização, assegurando a retaguarda especializada, tanto em nível assistencial quanto técnico-pedagógico, numa construção compartilhada entre a equipe de referência, composta de profissionais da atenção básica, que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, e os apoiadores, que são especialistas com a missão de agregar conhecimentos à equipe de referência, procurando contribuir com intervenções que aumentem sua capacidade de resolver problemas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história da loucura viveu momentos dramáticos passando por grandes transformações chegando a Reforma Psiquiátrica. A finalidade da nova política de saúde mental é, portanto, redirecionar o modelo assistencial em saúde mental centrado na doença psiquiátrica e pautado em cuidados que geravam exclusão social e preconceito, para um modelo baseado em diretrizes de acolhimento e cuidado integral no próprio território do sujeito, inclusive no momento da crise.

A atuação da Equipe Saúde da Família junto aos portadores de transtorno mental torna-se eficaz a partir do vínculo firmado entre os profissionais, o usuário e sua família. Este é de fundamental importância, pois propicia ao usuário exercer seu papel de cidadão, conferindo-lhe maior autonomia no que diz respeito a sua saúde, tendo seus direitos de fala, argumentação e escolha respeitados, e permitindo ao profissional conhecer o usuário para que colabore com a integração deste na manutenção de sua saúde e redução dos agravos. Dentro ainda das atividades da Equipe de Saúde da Família, utiliza-se estratégias como: consulta, atividade em grupo, e ações comunitárias. Envolvendo-se mecanismos desenvolvidos pelas equipes do PSF, estando divididas em: visita domiciliar ao doente mental e seus familiares; vínculo, acolhimento e encaminhamento as oficinas terapêutica.

Ao visitar esses usuários os profissionais da saúde da família realizaram diversas atividades, desde acompanhar o uso da medicação a esclarecerem dúvidas sobre a doença mental e orientarem como os familiares devem lidar com o sofrimento mental, tendo como alvo contribuir para uma melhor convivência entre o usuário e seus familiares, incluindo assim a família no tratamento, estreitando os vínculos entre todos os envolvidos.

O acolhimento deve ser entendido como um mecanismo de trabalho que unifique as relações humanas em todas as esferas, não se limitando somente ao ato de acolher, assegurando sempre o respeito e a responsabilidade, ultrapassando o limite da afetividade criando um vínculo, tendo em vista a melhoria da saúde psíquica do usuário e de seus familiares (LEITE, MAIA, SENA, 1999 *apud* COELHO, 2010).

Na ESF o vínculo entre os profissionais de Saúde, a família e a comunidade, é compreendido como fundamental para que as ações da equipe tenham impacto positivo na saúde da população. Esse vínculo de confiança vai sendo fortalecido por meio da escuta, do acolhimento, da garantia da participação da família na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), da valorização da família enquanto participante ativa do tratamento etc.(BRASIL, 2013).

Ao tratar da Terapia Ocupacional, Ribeiro e Oliveira (2005) destacam como uma profissão que agrega conhecimentos interdisciplinares das áreas da saúde, educação social e cultural, se ocupando em assistir às necessidades e dificuldades dessas pessoas no seu dia-a-dia. Tendo como estratégia priorizar atendimentos grupais através das oficinas terapêuticas, com vistas à promoção de autonomia, bem como a participação social.

Os profissionais de saúde enfrentam diversas dificuldades dentre as quais destacamos a relação conflituosa entre o discurso teórico autoritário tradicionalista e a prática, despreparo profissional para lidar com as necessidades subjetivas no cotidiano das assistências, necessidade de cuidados com a saúde psíquica de todos os envolvidos no tratamento dos usuários de Transtorno Mental.

Com relação à família dos usuários, percebe-se que os mesmos têm uma contribuição ativa no desenvolvimento do tratamento dos usuários. No entanto, a família enfrenta diversas dificuldades, como o despreparo como cuidador, sobrecarga financeira, sentimento de insegurança, impotência, desconforto, tornando essa convivência difícil. É preciso perceber, se as famílias que convivem com usuários de Transtorno Mental estão preparadas para assumir essa responsabilidade. Sendo identificado através das visitas, do acolhimento, criando um vínculo, fazendo-se necessário criar as possibilidades necessárias para que eles estejam aptos para cuidar de seus entes queridos. A família necessita de cuidados tanto quanto os usuários e profissionais. Neste sentido todos os envolvidos, devem ter auxílio psíquico, para que em conjunto possam ajudar aos que sofrem de Transtorno Mental, sem que esses sejam considerados como no passado o foi “um estorvo”.

Este tema ainda tem muito a ser explorado, devido ao seu alto grau de relevância para o portador de transtorno mental, para sua família e comunidade, bem como para os profissionais que formam a equipe interdisciplinar, afim de contribuir para uma melhor atuação profissional.

Referências

- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494**, 1995.
- BALLARIN, M.L.G.; CARVALHO, F.B. Considerações acerca da reabilitação psicossocial: aspectos históricos, perspectivas e experiências. In: CAVALCANTE, A.; GALVÃO, C. (Orgs.). **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p.162-70.
- BARROS, D.D.; GHIRARDI, M.I.; LOPES, R.E. Terapia Ocupacional Social. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.13, n.3, p.95-103, 2002.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Questões do acolhimento: sem medo de responder. **Jornal Sirimim, ano 2, nº 1, set-out**, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Humanizadas: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores do SUS. Brasília; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: relatório de gestão 2003-2006**. Brasília, DF, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p.
- BRÊDA, M.Z., ROSA, W.A.G., PEREIRA, M.A.O., SCATENA, M.C.M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev Latino-am Enfermagem 2005 maio-junho; 13(3):450-2**.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407**, 2007.
- CASTEL, R. **A Gestão dos Riscos – da antipsiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.
- CHIESA, A. M.; FRACOLLI, E. A.; SOUSA, M. F. Enfermagem, academia e saúde da família. **Rev. Bras. Saúde da Família, Brasília, v. 2, n.4,p. 52-59**, ago. 2002.
- COELHO, Vania Figueiredo. **Acolhimento em Saúde Mental na Unidade Básica: Uma Revisão Teórica**. Monografia apresentada como exigência do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de especialista em Saúde da Família. Belo Horizonte. 2010.
- COIMBRA, Valéria Cristina Christello; OLIVEIRA, Michele Mandagará; VILA, Tereza Cristina; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel – A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 01, p. 113 – 111, 2005**.

COLVERO Luciana de Almeida; IDE, Cilene Aparecida Costardi; ROLIM, Marli Alves. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev Esc Enferm USP**. 2004; 38(2):197-205.

CUNHA, Carolini Cássia. **O histórico “destino” da loucura criminosa**. Dissertação da Tese de Pós-Graduação em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá, 2013. Disponível em: http://www.ppi.uem.br/Dissert/PPI_UEM_2013_Carolini.pdf. Acesso em 26.06.2015.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GABBAY, R. Cidadania e Loucura: um paradoxo?. **Revista Eletrônica Polêmica**, v. 9, n.3, p. 43-55, 2010.

KOGA, M.; FUREGATO, A.R.F. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. In: Labete RC, organizador. **Caminhando para assistência integral**. Ribeirão Preto: Scala; 1999. p. 363-75.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LOPES, R. E.; LEÃO, A. Terapeutas ocupacionais e os Centros de Convivência e Cooperativa: novas ações de saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.13, n.2, p.56-63, 2002.

MACHADO, M.F.A.S. **Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no PSS por meio da participação habilitadora** [tese]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2007.

MÂNGIA, E.F. Contribuições da abordagem canadense "Prática de Terapia Ocupacional Centrada no Cliente" e dos autores da desinstitucionalização italiana para a Terapia Ocupacional em Saúde Mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.13, n.3, p.15-21, 2002.

MÂNGIA, E.F.; MURAMOTO, M. Integralidade e construção de novas profissões nos contextos dos serviços substitutivos de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.17, n.3, p.115-22, 2006.

MÂNGIA, E.F.; NICÁCIO, M.F. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M.M.R.P.; BARTALOTTI, C.C. (Orgs.). **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexos, 2001. p.63-80.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004. p.269.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Atenção à Saúde - Coordenação Geral de Saúde Mental (MS). **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, nov.2005.

PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996.

RIBEIRO, M.B.S.; OLIVEIRA, L.R. Terapia Ocupacional e Saúde Mental: construindo lugares de inclusão social. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.17, p.425-31, 2005.

ROSA, Carlos Mendes; VILHENA, Junia. Do Manicômio ao CAPS da Contenção (Im)Piedosa à Responsabilização. **Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.37, p.154-176, jul./dez.** 2012.

SARACENO, Benedito. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. São Paulo (SP): Te Corá; 1999.

VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate, v. 23, n. 53, p. 6-19**, 1999.

VECCHIA, M. D; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 151-164, jan./mar.** 2009.

VOLPE, Fernando Madalena; SILVA, Eliane M.; CARMO, Leonardo Silva; SANTOS, Terezinha N. Perfil da clientela atendida em um serviço público de urgência psiquiátrica no município de Belo Horizonte, Brasil, no período de 2002 a 2007. **J. bras. psiquiatr. vol.59 no.3**. Rio de Janeiro, 2010.

VILHENA, J.; ROSA, C. M. A clínica nos espaços abertos do CAPS. **Arquivos Brasileiros de Psicologia, v.63, n. 3, p. 130-147**, 2012.