

## **Projetos Terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado**

## **Therapeutic Projects and mental health services: pathways to the construction of new technologies of care**

**Elisabete Ferreira Mângia<sup>1</sup>, Juliana de Oliveira Barros<sup>2</sup>**

---

MÂNGIA, E. F.; BARROS, J. de O. Projetos Terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 20, n. 2, p. 85-91, maio/ago. 2009.

**RESUMO:** A atual política de saúde mental tem como eixo estruturador a construção de redes municipais de serviços. Nesse contexto, a construção de projetos terapêuticos inovadores é central para o desenvolvimento da atenção que busca superar o modelo asilar. Este artigo compõe o estudo teórico da pesquisa “*A Construção de Projetos Terapêuticos no Campo da Saúde Mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado*”, que busca compreender e discutir as atuais estratégias de cuidado desenvolvidas por profissionais comprometidos com o processo de mudança em diálogo com os autores desse campo. Serão discutidos aspectos que incluem a reflexão sobre a configuração e limites do paradigma biomédico; sobre a questão da cidadania como pressuposto do novo modelo assistencial e sobre o processo de trabalho em saúde como possibilitador das mudanças pretendidas pelo campo da saúde mental.

**DESCRITORES:** Saúde mental. Avaliação de processos (Cuidados de saúde). Serviços de saúde mental.

---

---

<sup>1</sup> Profª. Dra. do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP.

<sup>2</sup> Terapeuta Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP e mestranda em Ciências da Reabilitação da FMUSP.

**Endereço para correspondência:** Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP. Rua Cipotânea, 51 - Cidade Universitária, São Paulo, SP, CEP: 05360-160.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a construção da Política de Saúde Mental busca garantir a defesa dos direitos, a melhoria da qualidade de assistência e a construção de respostas complexas diante das necessidades apresentadas pela população com transtornos mentais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Nessa direção, especialmente a partir da década de 1990, o Ministério da Saúde assumiu e propôs diretrizes para a inversão do modelo assistencial centrado no Hospital Psiquiátrico, que tem como princípio organizativo a construção das redes municipais de serviços de saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992; 2002; 2005).

Para tanto, além da definição de normas e da garantia dos recursos para a sua implementação, é fundamental a definição de novas estratégias de cuidado, adequadas aos princípios e diretrizes propostas pela Política de Saúde Mental.

As mudanças no cenário assistencial devem ser compreendidas em conexão com o princípio da integralidade, instituído na Constituição Federal de 1988, que propõe que o foco das ações de saúde não seja restrito à doença, mas sim centrado no sujeito em relação ao seu contexto e de acordo com as suas necessidades. Deve garantir também o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde de forma a integrar prevenção, promoção, assistência e reabilitação (ROTELLI et al., 2001; CAMPOS; AMARAL, 2007; BRASIL, 2009).

Um dos principais desafios deste processo consiste na implantação de serviços de saúde mental na comunidade que consigam atender às demandas globais das pessoas com transtornos mentais tais como, alimentação, medicação, atenção psicológica e psicossocial, sem a necessidade do asilamento (NICÁCIO, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, 2006).

Nesse cenário, se coloca como central a discussão sobre a formulação e desenvolvimento de projetos terapêuticos, pois é através deles que se pode materializar e concretizar o conjunto de diretrizes propostas pela nova política e assegurar aos sujeitos um contexto assistencial diferenciado e realmente capaz de promover a qualidade de vida e evitar os circuitos de institucionalização, característicos do modelo que se pretende superar.

A discussão aqui apresentada compõe estudo teórico da pesquisa intitulada “*A Construção de Projetos Terapêuticos no Campo da Saúde Mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado*”, desenvolvida no Programa de Pós – Graduação em Ciências da Reabilitação da Faculdade de Medicina da USP. O trabalho busca compreender e

discutir as atuais estratégias de cuidado desenvolvidas por profissionais comprometidos com o processo de mudança em diálogo com os autores desse campo.

Serão apresentados aqui aspectos considerados fundamentais para a ancoragem de projetos terapêuticos de novo tipo. Tais aspectos incluem a reflexão sobre a configuração e limites do paradigma biomédico; sobre a questão da cidadania como pressuposto do novo modelo assistencial e sobre o processo de trabalho em saúde como possibilitador das mudanças pretendidas pelo campo da saúde mental.

## Caminhos para a transformação do modelo assistencial

A reflexão sobre o desenvolvimento de projetos terapêuticos requer a visualização dos paradigmas que orientam o campo da saúde e a identificação sobre como são conduzidas as ações dos profissionais de saúde mental, bem como os modelos teóricos por eles adotados.

Inserido no contexto do desenvolvimento do pensamento científico moderno, o paradigma dominante das práticas de saúde é o biomédico. Nele, saúde e a doença são vistas como pólos opostos e o aspecto biológico é a principal causa do adoecimento. Para muitos autores um dos efeitos desse pensamento é a prática assistencial centrada em procedimentos profissionais especializados, que fragmentam o processo de cuidado e não conseguem contemplar a complexidade do processo de saúde-doença (SARACENO, 1998a; MERHY, 2005).

Esse modelo entende o processo saúde – doença de forma linear, pois os tratamentos são reparatórios a um dano biológico específico que deu origem a doença. Caracteriza-se também por ser individualista, na medida em que as intervenções têm como foco apenas o indivíduo e é delegado unicamente a ele a responsabilidade sobre os recursos para lidar com a sua saúde ou doença; e, por fim, o aspecto biológico é determinante na leitura e intervenção em todas as situações de forma que a história de vida da pessoa, subjetividade, o contexto no qual está inserida, sua cultura e situação econômica, por exemplo, são aspectos negligenciados (SARACENO, 1998a).

Um dos grandes limites das práticas orientadas por este modelo é o fato de colocarem as pessoas atendidas no lugar de objeto e impedir que elas ocupem a posição de protagonistas na condução de suas vidas e na definição de suas necessidades, visto que unicamente o saber profissional é valorizado (CAMPOS, 2000).

Para Merhy (2005), tal perspectiva biologicista não captura apenas a medicina, mas todos os núcleos profissionais do campo da saúde. O usuário, submetido aos

olhares dos núcleos<sup>1</sup> profissionais será cuidado a partir de um agir profissional centrado nos procedimentos. Segundo o autor,

“Dentro deste tipo de ação de cuidado, somando todos os olhares profissionais, não se consegue chegar no outro como quem também olha, que também tem desejos, vontades, intenções, modos de expressar necessidades não fragmentárias. Como um outro que não parte de núcleo profissional nenhum, de nenhum território tecnológico de ação. Como um outro que é um mundo de necessidades, rico de complexidades lógicas, pois pode conter desde dimensões restritas às formas corporais de sofrer, até necessidades de ser escutado, vinculado, inserido em redes comunicativas com outros, com vontades cidadãs (...) A soma dos profissionais centrados não dá conta do vazamento que as lógicas que habitam a produção do cuidado contém” (MERHY, 2005, p.5).

No campo da saúde mental, a adoção privilegiada do paradigma biomédico reforça o desenvolvimento de um modelo que não contempla a complexidade e multicausalidade dos problemas mentais. O pensamento linear em relação à causa e efeito dos transtornos simplifica o problema e induz respostas simples, que não vão ao encontro das necessidades de saúde das pessoas (SARACENO, 1998a).

Nas novas práticas de Saúde Mental, se defende que o desenvolvimento de Projetos Terapêuticos necessita da formulação e constituição de um novo paradigma, no qual os problemas de saúde sejam entendidos como fenômenos complexos e multifacetados. Além disso, as estratégias de cuidado devem ser compreendidas como um processo contínuo e integrado de ações orientadas a responder as necessidades das pessoas (SARACENO, 1998a).

Para a superação do paradigma biomédico, caminhos e recomendações são apontados na literatura. O primeiro deles exige a transformação dos processos de trabalho e acredita que a produção da saúde se dá no próprio desenvolvimento da ação de cuidado. São as relações estabelecidas nos encontros entre profissionais e entre profissionais e usuários que possibilitam a abertura de espaços de reflexão sobre os saberes, os fazeres, e os atos coletivos da produção de saúde. Nesse processo os núcleos profissionais tendem a serem desterritorializados, o que possibilita abertura do espaço para a percepção do olhar do usuário, seja ele individual ou coletivo, que pode mostrar um modo complexo e singular de estar e habitar o mundo (MERHY, 2005)

Tal reflexão sugere que é no cotidiano dos processos de trabalho, que os profissionais devem apreender a forma como produzem as ações de cuidado, pois são protagonistas das possibilidades de mudança. Assim, o movimento de transformação é proposto para ocorrer no próprio agir profissional, é “*uma necessidade para tornar o espaço da gestão do trabalho, do sentido do seu fazer, um ato coletivo e implicado*” (MERHY, 2005, p.4).

Um segundo caminho para a superação do paradigma está relacionado ao desenvolvimento do trabalho em equipe a partir da perspectiva interdisciplinar, capaz de criar uma nova hierarquia entre os saberes relacionada ao estudo específico de cada fenômeno apresentado. A este desafio deve ser integrada a compreensão sobre os aspectos subjetivos e contextuais dos usuários (CAMPOS, 2000).

Uma terceira sugestão está relacionada ao resgate dos direitos de cidadania das pessoas discriminadas e excluídas dos processos sociais. Esse resgate é associado a validação das histórias e processos de vida dos sujeitos. Parte-se do pressuposto de que ao longo da vida todos os sujeitos produzem relações e experiências significativas que dão ancoragem a sua existência, e se defende que um dos eixos principais do processo de cuidado deva ser o da reconstrução e validação dessas histórias (SARACENO, 1998a).

Assim, a superação do paradigma biomédico exige uma nova postura dos profissionais de saúde mental e requer a reflexão sobre como agenciar as formas de cuidado, promover a inclusão social, proteger a saúde das pessoas, evitar situações de risco e propiciar da melhoria na qualidade de vida. Tais desafios devem compor a prática cotidiana de construção das novas tecnologias e estratégias de cuidado (MÂNGIA; MURAMOTO, 2006).

### **A construção da cidadania**

Nesse contexto reflexivo é importante que se desenvolvesse, com mais detalhamento, a compreensão sobre a questão da construção da cidadania uma vez que esta é assumida como tema fundamental da mudança do modelo assistencial proposto do Sistema Único de Saúde.

Após a segunda Guerra Mundial, muitos países desenvolveram estratégias em relação à necessidade de garantia dos direitos humanos. A constituição da Organização das Nações Unidas - ONU, em 1946, foi um dos movimentos

1. Neste trabalho adotamos a perspectiva de “Núcleo” e “Campo” profissional, propostos por Campos (2000), como formas de organização das disciplinas na saúde. O “Núcleo” profissional é aquele que dá contorno a identidade profissional, demarcando respectivamente uma área de saber e prática utilizadas predominantemente por determinada disciplina. Por “Campo”, se compreende o espaço de atuação profissional, com limites imprecisos, no qual haveria a necessidade de composição das distintas disciplinas para concretização de tarefas relacionadas à construção de conhecimento e ao desenvolvimento das práticas.

realizado pelos Estados no intuito de pactuar maneiras efetivas de garantir estes direitos para todas as pessoas. Em 1948 foi elaborada a Declaração Universal dos Direitos Humanos - DUDH, que apresentou os princípios para a garantia dos direitos das pessoas e tornou-se a base para a construção das Constituições modernas. Tendencialmente, o ordenamento jurídico de cada país filiado a ONU, buscou garantir os direitos fundamentais e sua extensão a todos os indivíduos (BARTOLOMEI et al., 2003, p. 185, 186).

Em 1988, a nova Constituição Brasileira, em consonância a DUDH, também buscou efetivar os direitos humanos a todos. Nela, o Estado assume o papel de assegurar, de maneira igualitária, as condições necessárias para que o desenvolvimento da vida aconteça de forma digna. Nesta perspectiva a Constituição definiu a saúde como direito e criou o Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1988; 2009; BARTOLOMEI et al., 2003).

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196).

A nova Constituição introduziu também mudanças em relação ao conceito e a compreensão sobre os determinantes do processo saúde-doença, que passou a contemplar aspectos relacionados à moradia, educação, trabalho, renda, meio ambiente, lazer, entre outros (BRASIL, 1988, 2009). Nesse processo o SUS deve ser compreendido como um valioso instrumento para a aplicação das normas sanitárias e implementação do direito à saúde como direito de cidadania. Cidadania compreende os direitos sociais, civis e políticos, atua como estruturante da política de saúde brasileira e favorece a alteração do padrão de desigualdade social (BRASIL, 1988, 2009; BARTOLOMEI et al., 2003).

Os direitos sociais têm como objetivo promover o bem estar social e econômico, oferecer segurança para participação social e meios para uma vida digna, além de compensar as desigualdades e favorecer a garantia de bens e serviços essenciais tais como assistência médica, educação, moradia, salário mínimo com vistas à igualdade de oportunidades (BARTOLOMEI et al., 2003).

Os direitos de cidadania são componentes inseparáveis das políticas, estratégias e ações de saúde. Não ser excluído, não ser abandonado nem violentado, ser cuidado, ser tratado bem, ser reconhecido pelas necessidades pessoais, são aspectos que compõem ações de direito, cuidado e

reconhecimento social (SARACENO, 1998). Desta forma, a cidadania deve ser vista como pressuposto das políticas públicas de saúde o que inclui, além do que já foi apontado, a própria diversidade como direito.

No campo da saúde mental, a defesa da cidadania possibilita transformações históricas e culturais fundamentais para o redirecionamento da assistência, pois as pessoas consideradas como doente mental foram tradicionalmente vistas como incapazes, perigosas e objetos de intervenções institucionais que não as reconheciam como sujeito de qualquer direito. Agora o desafio é o de validar as pessoas com transtorno mental com sujeitos de direitos, capazes de partilhar a convivência social (KINOSHITA, 2001, CAMPOS; AMARAL, 2007).

Para isso a construção da cidadania deve nortear a construção dos projetos assistenciais e ser concretizada no trabalho técnico, na organização dos serviços e na relação com os usuários.

No cotidiano dos serviços de saúde mental territoriais e na articulação de processos participativos, as equipes devem promover aos usuários e familiares oportunidades de acesso aos bens e serviços antes não acessíveis. Descobrir capacidades e auxiliar nos processos de apropriação da moradia ou de novos espaços existenciais, que construam redes de pertencimento. Respeitar a diversidade e auxiliar na construção projetos de vida que facilitem e propiciem novos intercâmbios sociais (SARACENO, 1998).

As práticas de reabilitação são parte do processo de resgate da cidadania ora na sua construção, ora na garantia de seu reconhecimento e exercício e requerem a participação de todos os atores envolvidos: usuários, familiares, trabalhadores, administradores e os políticos (ROTELLI, 1993 ; SARACENO, 2001a).

Neste contexto, a criação de redes sociais de suporte, as práticas de geração de trabalho e renda, a possibilidade de trocas interpessoais e sociais, experiências de cooperação e desenvolvimento de estratégias de auto-ajuda, podem ser fatores de proteção, contemplados a partir da construção de cada projeto terapêutico, que objetivam aumentar a possibilidade da pessoa estar incluída nos processos de trocas sociais e participar das situações de vida reais em seu cotidiano (SARACENO, 2001a.).

Enfim, a construção do reconhecimento e exercício dos direitos sociais como fatores de proteção contra os processos de desfiliação e vulnerabilidade<sup>2</sup> são o ponto de partida para construção dos projetos terapêuticos.

2. Utiliza-se o conceito de vulnerabilidade desenvolvido por Robert Castel (1998) que discute os processos de integração, vulnerabilidade e desfiliação a partir da interface estabelecida entre aspectos relacionados às relações de trabalho e a rede social de suporte. A dificuldade em manter relações estáveis de trabalho somadas ao empobrecimento das redes de suporte caracteriza a situação de fragilidade e desenraizamento, nomeada por vulnerabilidade.

## Processos de trabalho e tecnologias de cuidado em saúde

Como já vimos, a construção de projetos terapêuticos, centrados no sujeito em seu contexto de vida, implica em mudanças nas tecnologias de trabalho utilizadas no desenvolvimento de ações assistenciais. Exige a reformulação das práticas e a reflexão sobre o modelo de assistência adotado e sobre os processos de trabalho em saúde. Para discutir tais questões buscou-se referências nos estudos desenvolvidos por Merhy (1997, 2005) e Merhy e Franco (2003).

Para esses autores, a mudança do modelo assistencial pressupõe a mudança das tecnologias empregadas no modo de produzir saúde e na oferta de ações de saúde. Em suas práticas cotidianas os trabalhadores, possuem certos graus de autonomia para o desenvolvimento das ações e por isso dispõe de condições objetivas para transformarem a realidade assistencial (MERHY; FRANCO, 2003). A partir de seus núcleos de saberes, os trabalhadores dão sentido às ações de cuidado, que podem ir ou não ao encontro de novas possibilidades de produção de saúde (MERHY, 2005).

Merhy (2005, 1997) e Merhy e Franco (2003) entendem que o trabalho em saúde deve organizar-se a partir do campo relacional e da produção da saúde a partir do “*trabalho vivo em ato*”<sup>3</sup>, ou seja, o momento da ação na qual o cuidado está sendo produzido. Assim as relações entre trabalhadores e usuários podem se configurar de distintas maneiras. Uma delas caracteriza-se pelas ações de cuidado como processos prescritivos, que afirma a hegemonia do modelo médico ao concretizar suas ações na produção de procedimentos profissionais. Outra forma se organiza a partir da escuta e do entendimento de que a pessoa, que apresenta as suas necessidades, deve ser acolhida de forma responsável e pode ser produtora de atos de cuidado geradores de autonomia.

No desenvolvimento das ações de cuidado, cada trabalhador, possui como instrumental, uma caixa de ferramentas tecnológicas, as “*valises da mão, da cabeça e das relações*”<sup>4</sup> (MERHY, 2005). Como “*valises da mão*” temos aquelas tecnologias definidas pelo uso de equipamentos, denominadas tecnologias duras. Como “*valises da cabeça*” temos as tecnologias ligadas aos conhecimentos técnicos, nas quais existe uma parte já estruturada e a outra que depende da forma como cada trabalhador se apropria e a utiliza. A esta convencionou-se chamar de tecnologias leve – duras. Por fim, as “*valises das relações*” compõem as tecnologias

leves pelo fato de terem o caráter relacional enquanto característica e forma de orientar o desenvolvimento dos processos de trabalho e consistem nos diversos modos de se comunicar com o outro, produção de vínculo, autonomia, acolhimento (MERHY, 1997, 2005; MERHY; FRANCO, 2003).

Historicamente, o modelo assistencial em saúde viveu o predomínio do uso de tecnologias duras e leve – duras no desenvolvimento das práticas de cuidado (MERHY; FRANCO, 2003). Estes núcleos tecnológicos são compostos de um trabalho morto, traduzido na utilização de instrumentos, nos quais já houve a execução de um trabalho progressivo.

As mudanças necessárias para o desenvolvimento das novas práticas em saúde mental pressupõem que a lógica do trabalho vivo, caracterizado pelas tecnologias leves, deva predominar em relação ao trabalho morto. A lógica do trabalho vivo possibilita conceber o outro como quem também olha, tem desejos, modos singulares de existir, se expressar, se vincular, necessidades complexas, que escapam a captura de uma área específica do saber, dos territórios de cada núcleo profissional. As ações de cuidado tornam-se uma referência para o usuário em contraponto a um agir profissional baseado em procedimentos (MERHY, 2005).

Os autores acreditam que a predominância do trabalho vivo sobre o morto pode potencializar a mudança do modelo assistencial. Isso significa acolher o sujeito, ser referência nas situações vulneráveis, responsabilizar-se, junto com ele, pela condução de sua própria vida compreendendo que, para além de uma doença existe uma pessoa, inserida num contexto sócio – histórico – cultural (MERHY; FRANCO, 2003).

Enfim, os autores acreditam que a predominância do trabalho vivo sobre o morto pode potencializar a mudança do modelo de assistência em saúde. Isso significa acolher o sujeito, ser referência nas situações vulneráveis, responsabilizar-se, junto com ele, pela condução de sua própria vida compreendendo que, para além de uma doença existe uma pessoa, inserida num contexto sócio – histórico – cultural (MERHY; FRANCO, 2003).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conteúdo apresentado visou estabelecer os elementos que podem ser considerados fundamentais aos processos de mudança esperados pelo campo da saúde mental. A partir deles se coloca a possibilidade do desenvolvimento

3. Referência baseada na obra “*Tecnologia e organização social das práticas de saúde*” (1994), de Ricardo Bruno Mello Gonçalves.

4. Referência baseada na obra “*Tecnologia e organização social das práticas de saúde*” (1994), de Ricardo Bruno Mello Gonçalves.

de projetos terapêuticos inovadores. Tais projetos buscam singularizar os processos dos sujeitos e suas necessidades em saúde e apresentam novas perspectivas de produção de autonomia, protagonismo e inclusão social. A caracterização das singularidades de cada sujeito marca a busca por diferenças e peculiaridades que perpassam a história de vida de sujeitos individuais ou coletivos e são centrais na articulação de propostas de trabalho em saúde (CUNHA, 2007; BARROS et al., 2003).

A adoção dessas estratégias se baseia nos princípios sugeridos pela Organização Mundial de Saúde – OMS - internacionalmente validados e reconhecidos.

O tratamento deve ser dimensionado segundo as necessidades do indivíduo (...) mas estas mudam com a evolução da doença e com a mudança das condições de vida do paciente (...) cada intervenção tem uma indicação específica (...) cada intervenção deve ser usada numa

quantidade determinada (...) cada intervenção deve ter uma duração determinada (...) devem-se monitorar periodicamente a adesão ao tratamento e os resultados esperados de cada intervenção (OPAS; OMS, 2001, p. 59).

Os projetos terapêuticos devem ser singulares e suas intervenções visarem não apenas os sujeitos, mas também seu contexto social e suas redes sócio-relacionais, de forma a produzir mudanças sustentáveis e independentes dos serviços (SARACENO, 1998b., 2001b; KINOSHITA, 2001; MANGIA, 2002).

Fundamentalmente, espera-se que os caminhos aqui apresentados contribuam para o desenvolvimento de projetos terapêuticos direcionados para as possibilidades de mudança e crescimento capazes de transformar a situação existencial da pessoa em seu contexto de vida, restituindo o seu poder contratual e ampliando sua autonomia.

---

MÂNGIA, E. F.; BARROS, J. de O. Therapeutic Projects and mental health services: pathways to the construction of new technologies of care. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 20, n. 2, p. 85-91, maio/ago. 2009.

**ABSTRACT:** The current mental health policy has as structural axis the construction of municipal networks of services. In this context, the construction of innovative therapeutic projects is central to the development of care that attempts to overcome the asylum model. This paper forms the theoretical study of the research “*The Construction of Therapeutic Projects in the Field of Mental Health: notes about the new technologies of care*”, which attempts to comprehend and discuss the current strategies of care developed by professionals committed to the process of change in dialogue with the authors of this field. The aspects that include the reflection on the configuration and boundaries of biomedical paradigm; the question of citizenship as condition of the new care model and the process of health work as an enabler of intended changes by the mental health field are discussed.

**KEY WORDS:** Mental health. Process assessment (Health care). Mental health services.

---

## REFERÊNCIAS

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; ARANHA E SILVA, A. L. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 41, n. esp., p.815-819, 2007.

BARTOLOMEI, C. E.F. et al. A saúde é um direito! *Rev. Saude Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 184-191, 2003.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado;1988. Disponível em: <[http://www6.senado.gov.br/con1988/CON1988\\_05.10.1988/CON1988.htm](http://www6.senado.gov.br/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.htm)>. Acesso em: 20 nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 224 de 29 de janeiro

de 1992. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacaosanitaria/estabelecimentos-de-saude/saudemental/PORTARIA\\_224.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacaosanitaria/estabelecimentos-de-saude/saudemental/PORTARIA_224.pdf). Acesso em: 15 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.

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

Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus\\_3edicao\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2009).

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, p. 219-250, 2000.

CAMPOS, G. W.S; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 55-59.

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. 127-134, 2002.

MÂNGIA, E. F.; Muramoto, M. T. Integralidade e construção de novas profissões no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 17, n.3, 2006.

MERHY E. E. Em Busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). In: *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec/

Lugar Editorial, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde em Debate*, v. 27, p. 316-323, 2003.

MERHY, E. E. *Engravitando as palavras: o caso da integralidade*. Belo Horizonte: Congresso da Rede Unida, 2005.

NICÁCIO, M. F.S. O desafio da reforma psiquiátrica. In: *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental*. Campinas, 2003. p. 33-70. Tese (Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

OPAS; OMS. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. *Saúde mental nova concepção. Nova esperança*. Genebra, 2001.

ROTELLI, F. Ri-abilitare la riabilitazione. In: ROTELLI, F. Per la normalità. Trieste: Edizione E, 1993.

SARACENO, B. A cidadania como forma de tolerância. (Trad. Elisabete Ferreira Mângia). Conferência realizada no Rio de Janeiro, 1998a.

SARACENO, B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 9, n.1, p. 26-31, 1998b.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. (Trad. Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Willians Valentini). 2. ed. Belo Horizonte: Ed. Te Cora, Instituto Franco Basaglia, 2001a.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001b. p. 13-18.