



CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE MENTAL

**A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE NO PROCESSO DE READAPTAÇÃO DO
PACIENTE DESINSTITUCIONALIZADO NO TERRITÓRIO**

Autor : João Muller Souza Maia

Orientadora : Maria Antonieta Nascimento Araújo

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 APORTES TEORICOS	3
2.1 A concepção da loucura	3
2.2 O movimento de desinstitucionalização e o papel da família	5
2.3 O Projeto Terapêutico Singular: a equipe de saúde e o papel do Enfermeiro no projeto	6
3 METODOLOGIA	9
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	9
4.1 Do paciente	10
4.2 Do acompanhamento pelo CAPS	12
5 CONCLUSÃO	13
6 REFERÊNCIAS	14

1 INTRODUÇÃO

Este é um estudo de caso de análise qualitativa dos dados, realizado em um município da Bahia em 2015. Seu objetivo primário foi de observar o comportamento e os impactos psicossociais de um jovem que foi internado em um hospital psiquiátrico e institucionalizado por 35 anos e retornou ao seu território de origem. Foi feita uma revisão de literatura onde foram analisados artigos sobre Reforma Psiquiátrica, A Família e o Doente Mental, Proteção Terapêutica Singular, Atuação das Equipes de Saúde no Território, o Papel da Enfermagem na Saúde Mental e cadernos do CAPS e Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde. Para a construção do trabalho também foram revisados alguns autores como Franco Basaglia, Paulo Amarante, Philippe-Marius Rey, Eliene Hertz, Fregonezi, Daniela Arbex. A construção do trabalho trouxe reflexões sobre importantes sobre o processo de desinstitucionalização citado por quase todos os autores, em diferentes momentos da história da saúde mental.

2 APORTES TEÓRICOS

2.1 A concepção da loucura

Por muitos anos o tratamento dado aos considerados “loucos” ocorria de forma em que o sujeito era visto como uma ameaça a sociedade, não existia um tratamento específico e muito se discutia sobre as possíveis causas dos transtornos mentais. O estudo do caso referido, reflete vários momentos sobre a história da saúde mental desde o período anterior a sua internação até a data de sua desospitalização. Para entendermos todo esse processo, precisamos entender como ela foi modificada ao longo dos anos. Os indivíduos considerados “indesejáveis” à sociedade, como leprosos, sífilíticos, aleijados, mendigos e loucos eram internados nessas instituições não para serem curados, mas para serem separados da sociedade à qual poderiam ameaçar, contagiar ou, ainda, para morrer em um ambiente protegido.

Com o passar dos anos e os avanços sociais e intelectuais da época, especificamente no final século XVIII, a loucura passou a ser vista pela medicina de forma diferenciada e acreditava que aqueles que possuíam transtornos mentais

precisavam ser tratados em asilos para ter uma atenção diferenciada. Sendo assim, o tratamento ainda era de modo carcerário onde a visão sobre o indivíduo se limitava a sua condição de ameaça a sociedade, deixando de lado os princípios da humanização. Segundo Basaglia, 2005

Foram construídos locais de tratamento, onde se pode isolar o doente mental, tendo sido delegada ao psiquiatra a tarefa de tutelá-lo em seu isolamento, de modo a proteger e defender a sociedade do medo que continua a lhe provocar [...]. O manicômio nasceu para a defesa dos sãos. Os muros, quando a ausência de terapias impossibilitava a cura, serviam para excluir e isolar a loucura, a fim de que não invadisse o nosso espaço. Mas, até hoje eles conservam essa função: dividir, separar, defender os sãos mediante a exclusão de quem já não é são.

Assim, a ideologia da época não era tratar o sujeito para que pudesse reintegrá-lo à sociedade, mas institucionalizá-lo para proteger a sociedade dita “normal” de pessoas fora dos padrões. No Brasil, o movimento em prol da saúde mental foi iniciado ” no dia 10 de julho de 1841 por José Clemente Pereira, provedor da Casa de Misericórdia, onde foi publicado o decreto que ordenou a construção de um asilo no Rio de Janeiro sob o patrocínio do Imperador Pedro II. Este asilo foi inaugurado em 1852 e foi originalmente planejado para trezentos pacientes”.

Porém, o tratamento dado ainda ocorria de forma primitiva, onde os internos viviam em condições precárias de saúde, segregados, e de acordo com o pensamento do médico Phillipe Pinel na época, a melhor forma de tratamento era a hospitalização integral do indivíduo. Com o passar dos anos, já no final da década de 1970, várias críticas ao modelo de tratamento ganharam repercussão em todo Brasil, sendo um dos mais conhecidos o Hospital Colônia em Barbacena, que matou mais de 60 mil pessoas.

Basaglia (2005) relata que “quando o doente é internado em uma instituição psiquiátrica, ele encontra um mundo com novas regras e estruturas que resultam em uma maior alienação, uma vez que ele encontra-se segregado, excluído, isolado da vida em sociedade”. Portanto, os danos causados por este tipo de atenção à saúde mental são altamente contraditórios, pois o que deveria tratar acaba prejudicando toda a estrutura psicossocial do indivíduo. As certezas sobre isso foram consolidando a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001), iniciando-se um movimento

contra a institucionalização e o retorno de pacientes para residências terapêuticas ou para suas respectivas famílias.

2.2 O movimento de desinstitucionalização e o papel da família

A partir de todos os questionamentos e críticas a forma de tratamento, com o passar dos anos a criação da constituição federal de 1988 trouxe uma nova forma de tratamento em saúde para toda a população. O SUS (Sistema Único de Saúde) foi criado tendo como com os princípios de universalidade, integralidade e equidade, assim qualquer pessoa independente de sua doença ou classe social teria direito a saúde em setor público ou privado. Dentro dessa reformulação do sistema, também foi implantado em suas diretrizes os princípios da reforma psiquiátrica, incluindo o processo de desospitalização e o tratamento humanizado aos doentes mentais. A reforma psiquiátrica trouxe reflexões sobre a importância do tratamento do sujeito no território do qual ele foi retirado, trazendo um novo modelo de assistência onde antes era visto apenas com a hospitalização em que muitos dos casos eram internados sem vínculos e contatos com o mundo externo, os doentes mentais eram institucionalizados.

É preciso diferenciar o termos “hospitalização” e “desinstitucionalização”, pois os dois processos diferem momentos diferentes na vida do indivíduo. Segundo Saraceno (2001)

“a desinstitucionalização difere da desospitalização quando considera que simplesmente esta saída do hospital não é suficiente para a participação social. É necessário um processo de superação das condições de dependência institucional e da lógica da proteção e contenção que a instituição apresenta”.

Nesse sentido, é importante perceber que ao deixar o ambiente hospitalar é preciso que haja um preparo e um cuidado contínuo através das equipes de saúde local e dos setores que apoiam a rede, pois o sujeito institucionalizado acaba por adquirir hábitos da rotina hospitalar diferentes do convívio em família e na comunidade. Com esse novo modelo de atenção à saúde mental, foi proposta a organização da Rede de Atenção à Saúde Mental, sendo esta conceituada como “uma teia que engloba todos os serviços de saúde, mecanismo que pode promover

autonomia e cidadania das pessoas com transtornos mentais” Oliveira; Martinhago; Moraes, (2009). Assim, ao deixar o hospital as famílias ou os indivíduos que moram em residências terapêuticas, tem o apoio matricial para conduzir sua vida social integrada junto à comunidade que está inserido, resgatando sua autonomia e seu direito de cidadão. A família tem um importante papel na desinstitucionalização do sujeito, porém, é preciso que haja recursos existentes na comunidade para que a família saiba conduzir e aprender a lidar com o doente mental. Em muitos casos, a rotina familiar é alterada com a chegada do sujeito que ficou internado, e no caso referido, o contato familiar não acontecia por 35 anos. Oliveira e Jorge (1998) afirma que

“a doença seja ela física ou psiquiátrica afeta seriamente o grupo familiar. Quando se adocece há uma interrupção das suas atividades normais e algumas dessas atividades precisam ser exercidas por outras pessoas. Os cuidadores ou familiares responsáveis pelo doente mental, na maioria dos casos, o enxergam como um ser dependente daquela família e acabam reproduzindo no convívio hábitos realizados no hospital, não permitindo que o indivíduo tenha autonomia para realizar atividades que ele deseja realizar”.

Assim, podemos reafirmar através de Stein (1991) uma outra observação sobre o comportamento do sujeito institucionalizado

“As pessoas que permanecem muito tempo internadas passam a apresentar mudanças em sua postura com gestos típicos (maneirismo) e acrescentam hábitos novos ao seu jeito de ser, como colecionar objetos e o hábito de fumar. O ato de colecionar objetos não se constitui necessariamente um sintoma patológico. Já o fumo é facilitado pelo ambiente que é exposto, visto que é habitual nas instituições psiquiátricas hospitalares”.

2.3 O Projeto Terapêutico Singular: a equipe de saúde e o papel do Enfermeiro no projeto

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma importante ferramenta para a reconstrução psicossocial do sujeito, pois é a partir de uma construção interdisciplinar entre as redes apoio Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidade de Saúde da Família (USF), que será discutido entre todos os profissionais

das equipes, um modelo sistemático respeitando a totalidade e a capacidade de reinserção do indivíduo ao território de origem ou em qualquer outro lugar que ele resida. O Projeto também pode ser entendido como uma discussão de “caso clínico”, portanto, é uma reunião onde toda equipe expõe sua opinião e conhecimentos teóricos, ouvindo os familiares e analisando características do território para adequar o PTS à realidade local. É importante um técnico de referência para o caso onde o trabalho a ser realizado possa ser discutido entre as equipes (CAPS e USF) onde serão discutidos e analisados o progresso da melhoria dos problemas e as metas estabelecidas. No referido caso, o profissional responsável foi o Enfermeiro. Para entendermos melhor essa interação entre equipes, precisamos entender como o fluxo acontece no território e como funcionam as equipes de saúde no local. Neste caso, o sujeito foi encaminhado diretamente para o CAPS, pois é o único serviço existente direcionado ao tratamento da saúde mental no município. Porém, podemos ainda salientar que o CAPS não é o único dispositivo existente para a desinstitucionalização e, nesse novo contexto, foi proposta a organização da Rede de Atenção à Saúde Mental, sendo esta conceituada como “uma teia que engloba todos os serviços de saúde, mecanismo que pode promover autonomia e cidadania das pessoas com transtornos mentais” Oliveira; Martinhago; Moraes (2009).

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. O Programa funciona como principal norteador das ações em saúde mental da comunidade onde pertence, o acompanhamento dos casos deve ser referenciado às USF para que a equipe possa acompanhar o sujeito em seu cotidiano, através também do apoio do Agente Comunitários de Saúde. O acompanhamento deste deve ter um olhar integralizado, pois o indivíduo ainda é visto e tratado somente sob o aspecto da doença estigmatizadora, que é o transtorno mental. Os CAPS prestam serviços de atenção diária, com atendimento multiprofissional, onde é realizado acolhimento de familiares de pessoas que necessitam de acompanhamento psicossocial. Dentro da proposta integralizadora e de reinserção social, são oferecidos atendimentos com

médico especializado em Saúde Mental, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, articulação com as USF locais, entre outras atividades relacionadas à saúde mental.

A Estratégia de Saúde da Família de acordo com a acordo com a Portaria nº2.488/2011, de 21 de outubro, é composta por uma equipe multidisciplinar (Enfermeiro, Médico, Odontólogo e Técnico de Enfermagem) que desempenha um papel importante em expandir a saúde, pois representa um conjunto de ações voltadas para o âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Dentre os programas ofertados, não existe nenhum direcionado a saúde mental, dificultando o acesso das famílias e do indivíduo ao serviço de saúde. Isso acontece, porque o doente mental ainda é visto de forma deturpada pela população e também pelos profissionais de saúde que não estão capacitados para lidar com doente mental. Por esta razão, o matriciamento entre CAPS e USF (Unidade de Saúde da Família) deve ser realizado para estreitar as relações entre os envolvidos, neste caso família e sujeito, pois a troca de informações entre a rede sobre o acompanhamento psicossocial é de grande importância para a avaliação dos resultados. Portanto, ainda é preciso ressaltar a importância do profissional de Enfermagem para a realização e construção do projeto, o Enfermeiro que atua nas duas equipes (CAPS e USF) exerce papéis diferentes quanto ao manejo das ações. O profissional da saúde da família juntamente com os demais membros da equipe tem a possibilidade de construir um vínculo importante, pois sua atuação no território é mais presente.

Coube ao Enfermeiro do CAPS realizar o acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular, neste caso o profissional foi escolhido para ser o técnico de referência, assim podendo criar um vínculo e acompanhar com mais efetividade o desenvolvimento das ações. Dentro da rotina do CAPS, o Enfermeiro não se restringe às atribuições relacionadas à sua profissão, pois todos os profissionais independente de formação acadêmica exercem dentro do serviço o papel de técnico em saúde mental, onde o sujeito é visto em sua totalidade e não somente em sua doença mental.

Por fim, ressalte-se que a para uma efetividade de todo o trabalho, é preciso primeiramente implementar uma atenção maior voltada para as questões de saúde de mental, não limitando-se apenas ao centro de referência especializados como o tratamento daqueles portadores de transtornos mentais. O matriciamento entre as

equipes envolvidas é o um dos principais itens para abrir uma discussão maior sobre o tratamento adequado e a reabilitação psicossocial dos sujeitos que tiveram sua cidadania retirada por um sistema de saúde em que o indivíduo era podado de ter sua dignidade resguardada.

3 METODOLOGIA

Como o desenho de um estudo de caso, esta pesquisa abordou um sujeito que retornou convívio familiar após uma internação de 35 anos em um hospital psiquiátrico, observando sua rotina na comunidade e o seu convívio familiar. O sujeito foi acompanhado durante um ano por uma equipe da USF e pelo CAPS, mas veio à óbito após a coleta de dados. A construção do trabalho foi realizada através da coleta de dados junto aos familiares do usuário referido durante visitas domiciliares, do CAPS e Saúde da Família do território onde o mesmo residia. Foi aplicado pelo Enfermeiro um questionário semiestruturado e também foi analisado o relatório de sua alta hospitalar, assim como o prontuário do acompanhamento do CAPS, o qual teve análise qualitativa dos resultados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados a partir do acompanhamento das equipes envolvidas (CAPS E NASF) aconteceu durante um ano, pois o sujeito estudo veio a falecer durante o processo de pesquisa do trabalho. O individuo estudado permaneceu por 35 anos internado em um hospital psiquiátrico e as consequências de sua institucionalização, trouxeram consequência que permaneceram após a data de sua alta hospitalar.

Durante o período da sua hospitalização e institucionalização o sujeito perdeu o contato com a família que também foi afetada com a retirada do convívio no território, e como aponta Barrigo (2010) “O espaço fechado do hospital psiquiátrico resulta na perda da liberdade e individualidade do doente mental, além da fragilização dos laços familiares e sociais” . Com isso, podemos afirmar que as consequências de um tratamento extenso como em casos de pacientes psiquiátricos, afetam toda a estrutura familiar.

Com isso, a importância da presença das famílias é indispensável para a reabilitação de todos aqueles foram internado por longos períodos, e mesmo

aqueles que não retornaram ao convívio familiar, é preciso do acompanhamento de profissionais para dar o suporte necessário.

4.1 Do paciente

Na sua história clínica, teve o primeiro surto psicótico aos 15 anos, com alucinações visuais, insônia e heteroagressividade. A irmã relatou, que antes do surto era uma criança que brincava como todas as outras e tinha um bom relacionamento familiar. A irmã afirmou que naquela época não existia tratamento e informações de como lidar com a doença e diversas vezes a mãe o levou ao curandeiro da região, e após outras crises ele foi encaminhado para o Hospital Lopes Rodrigues em Feira de Santana permanecendo institucionalizado até a data de sua alta, em 2015. A história pós surto de N.J.S, de acordo com dados coletados no relatório enviado pelo hospital indicam que ele deu entrada na emergência daquele hospital acompanhado por familiares em 1979, residindo nessa instituição por mais de 35 anos. Ao longo desse tempo a família acabou perdendo o contato com N.J.S, pois naquela época eram escassos os recursos para comunicação e as condições financeiras também não permitiam que ele fosse visitado com frequência, tendo apenas a visita da irmã que residia no mesmo município e mensalmente o visitava levando comida e outros mantimentos. O estado de saúde de N.J.S enquanto residia no hospital era desconhecido. Sua comunicação com a família era muito escassa, e quando era abordado, respondia de forma monossilábica e a família pouco se comunicava na época. O paciente nasceu no dia 4 de maio de 1959 em Jacobina - BA, é o 4º filho de uma prole de seis, o pai é falecido há 16 anos, sua genitora mora em Jacobina e não reside com ele, no momento mora com a irmã e sua família na cidade de Mirangaba - BA, em uma comunidade quilombola chamada Santa Cruz.

De acordo com o relatório hospitalar seu diagnóstico é de esquizofrenia residual – CID 10 – F20.5. Ele é tabagista, faz tratamento medicamentoso para hipertensão e para o seu transtorno mental. No relatório seu estado clínico de saúde descreve que o N.J.S “curse com hipoatividade, embotamento afetivo, isolamento social, pobreza na quantidade e na qualidade do discurso. É descuidado quanto à

higiene corporal, resistente ao banho, mantém olhos semicerrados e abaixa a cabeça quando abordado. Ocasionalmente busca aproximar-se de profissionais e de outros moradores, tem interesse em participar de atividades extramuros e de oficinas terapêuticas, não precisa de ajuda para alimentar-se, mas só pega a comida se já estiver preparada, é independente no vestir e despir, mas precisa ser lembrado para ir ao banheiro e assistência para a atividade. Movimenta-se livremente pelo hospital, não usa telefone, tem dificuldade para lembrar de palavras e compreender conversações, não lê e não escreve, aceita visitas, mas não procura companhia. Segue com estabilidade de quadro psíquico”.

N.J.S chegou ao seu território de origem em 2015, através do programa “De Volta pra Casa”. Foi recebido pela equipe do CAPS I, onde o Enfermeiro e a Psicóloga realizaram uma visita domiciliar à família formada por sua irmã, responsável pela curatela, e seu marido. Os familiares foram orientados sobre o estado clínico do paciente após ter deixado o hospital e explicado sobre a sua nova rotina, também foram orientados sobre o acompanhamento e a proposta do CAPS como modelo substitutivo do tratamento hospitalar. A readaptação familiar e paciente tem ocorrido de forma evolutiva sendo acompanhado e orientado pela equipe do CAPS. Durante as visitas domiciliares e ao CAPS, a irmã e sobrinha do paciente relataram que ele escondia objetos como: isqueiro, chinelo, roupas, faca e comida, também não sabia diferenciar roupas femininas de masculina, usando qualquer uma que encontrasse no varal da sua casa, a alimentação só é realizada se oferecida por alguém da família, a única solicitação que faz é para compra de cigarro. Sua atual residência tem estrutura similar a todas as outras da região, não é forrada, piso simples, pouca luminosidade, possui uma sala com sofá e TV, telefone rural, 2 quartos, com guarda roupa e duas camas, cozinha com mesa fogão e geladeira, banheiro e quintal. O paciente dorme em um quarto pequeno com cama e banheiro nos fundos, adaptado para sua acomodação. A rotina em casa é tranquila, ele passa maior parte do dia em casa deitado, dorme cerca de 12 horas por dia, vai ao quintal brincar com um cachorro, ouve rádio e vê TV. Nunca mostrou qualquer tipo de agressividade, sua irmã administra as medicações no horário prescrito e tem a ajuda da sobrinha quando necessário.

4.2 Do acompanhamento pelo CAPS

O CAPS I de referência fica no interior da Bahia em um município pequeno, localizado na Chapada Diamantina. O acompanhamento de N.J.S teve início em julho de 2014, com uma visita domiciliar do Enfermeiro e a Psicóloga. Os profissionais conversaram com a família explicando o motivo da alta hospitalar e dos cuidados diários que ele deveria ter, incluindo a administração das medicações corretamente conforme prescrito. Além disso, orientaram sobre a sua estimulação visando autonomia nas atividades do dia a dia, orientando a família para o diálogo estimulando a fala, com perguntas sobre o que ele gosta de comer e fazer durante o dia. Ela também foi orientada a programar horários de rotina diferentes dos horários do hospital. Foram convidados posteriormente para conhecer o CAPS e participar das atividades.

O Projeto Terapêutico Singular de N.J.S teve sua construção baseada no período em ele foi internado, no perfil epidemiológico da sua região, na equipe de saúde local e a participação familiar. O projeto discutido em equipe, considerou importante resgatar sua autonomia e ressocialização ao território. Portanto, foi estabelecido mediante discussão com a família alguns pontos importantes para a implementação do PTS. Durante as refeições da família, sua irmã, ou outro familiar, conversará com o N.J.S para saber se ele está com fome e o que deseja comer, já que ele estava habituado a rotina hospitalar onde ele comia em horários determinados pela instituição. Idas à igreja aos domingos também foram sugeridos para sua rotina com o intuito de conhecer novas pessoas e estimular a convivência na comunidade. O NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) que atua no território também foi à comunidade para convidar o paciente e realizar atividades juntos com outros grupos disponíveis, como o grupo de aeróbica. No CAPS ele foi incluído no Grupo do Bom Dia, realizado pela Psicóloga e Enfermeiro, onde paciente e familiares relatam o que o fizeram no fim de semana promovendo uma discussão e sugestões de atividades a serem feitas. N.J.S também foi inserido no grupo de “Aeróbica e relaxamento” onde os participantes realizam, com auxílio da fisioterapeuta, exercícios físicos. A irmã e sobrinha frequentam o grupo de Medicamento, realizado pelo Enfermeiro, para tirar dúvidas diversas sobre prescrição e medicação.

5 CONCLUSÃO

A partir da pesquisa e o acompanhamento realizado pelas equipes, podemos concluir que o trabalho em equipe constitui um papel importante para a desinstitucionalização do sujeito. A atuação do CAPS junto à Saúde da Família contribuiu para o acolhimento do indivíduo que retomou os laços familiares após tantos anos internado em um hospital psiquiátrico. Concluimos então, que é importante deixar registradas as consequências da institucionalização para que o modelo de exclusão para tratamento não seja reproduzido em qualquer local em que ele esteja inserido, assim como também salientar a importância do trabalho da Enfermagem para a reinserção social do mesmo.

Podemos perceber através deste trabalho a complexidade que é lidar com o processo em saúde mental, pois o adoecimento do sujeito não se limita apenas a ele, mas também atinge a família e a comunidade que compartilham desse sofrimento de forma diferenciada. A família é o um dos principais norteadores para a reinserção social, pois o estímulo diário, a convivência em comunidade e o cuidado são importantes para o resgate do valor social perdido durante o longo tempo de internação. Observa-se ainda que a desospitalização e o retorno ao convívio em sociedade não são suficientes para o processo de desinstitucionalização. As redes de apoio não devem ser vistas apenas como responsáveis e única alternativa para que o processo de humanização dos doentes seja exercido. É necessária uma construção diária de novos paradigmas e discussões sobre o tratamento regionalizado e territorial.

REFERÊNCIAS

BASAGLIA, F. **Escritos Seleccionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. In: F. Basaglia, *Escritos Seleccionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* (p. 336). Rio de Janeiro: Garamond Ltda., 2005.

FEUERWERKER, L C M; MERHY, E E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Salud Pública**. 24(3):180–8, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004). **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: MS. Ministério da Educação, disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 05 Jul. 2015.

REY, P.M. O Hospício de Pedro II e os Alienados no Brasil. **Rev. Latinoam. Psicopat.** 382-403, 2012.

FREGONEZI, Eliane Hertzell. *Adquirindo uma nova cidadania : O estudo do preparo do doente mental para viver em comunidade*. 2008. 121 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto da Universidade de Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2010.

ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração, 2013. 210 p.

AMARANTE P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2.ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1995. 136p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 8 jul. 2014

OLIVEIRA, W. F. de; MARTINHAGO, F.; MORAES, R. S. M. de. *Entendendo o processo da reforma psiquiátrica: a construção da rede de atenção à saúde mental*. Florianópolis: Abrasme; UFSC, 2009.

BARRIGO, Carla Rabelo. Saúde Mental na Atenção Básica: O Papel dos Agentes Comunitários de Saúde no Município de Muriaé-Mg. 2010. 24 f. Tese (TCC) - Curso de Enfermagem, Puc-rio, Rio de Janeiro, 2010.

Ministério da Saúde (BR). **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília (DF): MS; 1997