

TERAPIA OCUPACIONAL EM SAÚDE MENTAL: EVIDÊNCIAS BASEDAS NAS PORTARIAS DO SUS

Monique Carla da Silva Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Mestranda em Nutrição pela Universidade Federal de Alagoas, Pós-graduada em Saúde Mental e Docente Substituta da UNCISAL.

Morgana Kallany Viana de Araújo Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, pós-graduada em Saúde Mental e terapeuta ocupacional da AMA/AL.

RESUMO

A superação do modelo manicomial e o advento da reforma psiquiátrica trouxe mudanças no modelo do cuidar em saúde mental, adquirindo caráter humanizado, evoluindo para teorias que fortalecem as possibilidades de prevenção e cuidados, centrando o tratamento no indivíduo e não na doença e nos sintomas, fugindo da lógica do tratamento como único meio de intervenção. A criação de serviços substitutivos tem papel fundamental no processo de desinstitucionalização do indivíduo acometido por transtorno mental. A Terapia Ocupacional colabora com a reabilitação funcional do usuário dos serviços de saúde mental, além de trabalhar aspectos subjetivos da individualidade humana. O processo de mudança social e que levou os cuidados com a saúde mental ter novos rumos incentivou o Sistema Único de Saúde a identificar a necessidade do profissional no contexto de reabilitação proposto, levando-os a modificar também as suas práticas, tornando-as voltadas a autonomia e participação social dos usuários dos serviços oferecidos, partindo do princípio de que a reabilitação psicossocial está vinculada a reabilitação em saúde mental e que esse seria um processo de reconstrução e busca ao exercício da cidadania.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional; Saúde Mental; SUS.

OCCUPATIONAL THERAPY IN MENTAL HEALTH: EVIDENCE OF SUS BASEDAS IN ORDINANCES

ABSTRACT

The overcoming of the asylum and the advent of psychiatric reform brought changes to the model of care in mental health, getting humanized character, evolving into theories that strengthen the opportunities for prevention and care, treatment focuses on the individual and not on the disease and symptoms, fleeing treatment of logic as the only means of intervention. The creation of substitute services plays a key role in the process of institutionalization of the individual with mental disorder. Occupational therapy fills a gap in the functional rehabilitation of the user of mental health services, in addition to working subjective aspects of human individuality. The process of social change that led to mental health care have new directions encouraged Health System to identify the need for training in the context of the proposed rehabilitation, leading them to also modify their practices, aimed at making them autonomy and social participation of the users of the services offered, assuming that the mental rehabilitation is linked to mental health and rehabilitation that would be a rebuilding process and seeks the exercise of citizenship.

Keywords: Occupational Therapy; Psychiatric Reform; SUS.

Introdução

Reforma Psiquiátrica

A loucura compõe um espaço polêmico. Com o declínio do Feudalismo, o Estado, buscando formas de organização se deparou com uma população de indivíduos que não se adequavam à nova ordem mundial. A partir da Idade Média surgem instituições que recebiam toda espécie de pessoas que não se incluíam no novo modelo social estruturado, passando o “louco” a ser visto como perigo constante à convivência urbana.⁽¹⁾

A psiquiatria em si, nasceu no século XVIII, quando foi dada ao médico a incumbência de cuidar de uma determinada parcela da população excluída do meio social, que se encontrava reclusa em instituições onde eram colocadas todas as espécies de indivíduos cujas condutas não coadunavam com a moral da época.⁽²⁾ Sendo assim, os hospícios surgiram com o intuito de responder à demanda das cidades, relacionada ao projeto ideal (valores morais, éticos e políticos) da sociedade moderna.⁽³⁾

O médico usava tudo aquilo que estava ao seu alcance, para colocar o louco no seu lugar da obediência, do respeito e do dever. A submissão deveria imperar para que a realidade se concretizasse para o louco.⁽⁴⁾

As duas Guerras Mundiais fizeram com que a sociedade passasse a refletir sobre a natureza humana. O período pós-guerra viu crescer as críticas em relação às instituições asilares e o questionamento dos conceitos de doença e normalidade. Nesse contexto, as instituições psiquiátricas foram alvo de reflexão e projetos de transformação que resultaram em novas propostas de cuidado às pessoas com transtornos mentais ao longo das décadas de 1970-80.^(5,6)

Considerando meados do século passado como marco institucional do nascimento da psiquiatria brasileira, ressaltando que o movimento que caracterizou seus primeiros cem anos de existência foi o da expansão quantitativa do modelo implantado a partir de 1852.⁽⁷⁾

O perfil da assistência psiquiátrica brasileira só foi alterado a partir de 1964, quando o Estado, através a Previdência Social, passou a subsidiar a iniciativa privada.⁽⁷⁾

No final da década de 1970, os profissionais que trabalhavam nos hospitais psiquiátricos, de maneira organizada, denunciaram a violência, ausência de recursos para a área, negligência, utilização da psiquiatria como instrumento técnico científico de controle social e reivindicaram a criação de projetos alternativos ao modelo asilar.⁽⁸⁾

Ressalta-se que no Brasil, tal movimento de questionamento e transformação ocorreu de forma mais tardia, paralelamente ao movimento de abertura política e redemocratização da sociedade brasileira, no âmbito da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse processo operou mudanças profundas nas formas de compreender e cuidar das pessoas com transtornos mentais, expressas claramente nas diretrizes e resultados da atual política nacional de saúde mental.⁽⁹⁾

A reforma psiquiátrica brasileira recebeu uma forte influência das reformas realizadas nos Estados Unidos e na Europa.⁽¹⁰⁾ Do continente europeu as influências mais significativas vieram da França, Inglaterra e, principalmente do movimento italiano, esse teve como princípio romper com a lógica segregativa e violenta da instituição psiquiátrica.⁽¹¹⁾

Um marco histórico para o setor da saúde mental, possibilitador de mudanças ao nível do Ministério da Saúde, foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. Nele, os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometem-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica e salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários, garantindo a sua participação social. Foi promulgado nesse encontro o documento final, chamado de “Declaração de Caracas”.⁽¹²⁾

Em 1992 realizou-se a primeira conferência de saúde mental, a segunda foi em 1997 e a terceira em 2001, com a participação de usuários e familiares. Na ocasião discutiu-se a necessidade da reorientação do modelo.⁽¹³⁾

No ano de 2001 foi aprovada a Lei nº 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado e como Lei da Reforma Psiquiátrica instituiu um novo modelo de tratamento aos transtornos mentais no Brasil, que tramitava no Congresso Nacional.

Desde 1989, esta lei regulamenta os direitos do doente mental, propondo a extinção progressiva de manicômios, a substituição dos hospitais psiquiátricos por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação compulsória.⁽¹⁴⁾

A realidade atual já conta com uma rede diferenciada e normatizada de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e a partir de iniciativas municipais, têm sido construídas redes de serviços de saúde mental que visa a desinstitucionalização e oferece novas respostas às necessidades que emergiram com a ruptura da tutela asilar.⁽¹³⁾ Essas redes são compostas especialmente, pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPs), Hospital Dia, Centros de Convivência, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, Serviços Residenciais Terapêuticos e equipes de saúde mental na atenção básica.

Nessas novas propostas, um dos grandes princípios a ser considerado é a questão da cidadania. Também a loucura passa a ser percebida em sua complexidade e não mais pela objetivação da psiquiatria. Ampliam-se os movimentos sociais, como as associações de familiares e usuários, além de cooperativas e eventos com o objetivo de possibilitar a construção de novas formas de convivência.⁽¹⁴⁾

Saraceno⁽¹⁵⁾ ressalta que a história natural das doenças encontra a história natural dos serviços. Para o autor somente serviços de alta qualidade podem garantir programas reabilitativos confiáveis.

TERAPIA OCUPACIONAL E SAÚDE MENTAL

A Terapia Ocupacional pode ser definida como:

Um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de pessoas que, por razões ligadas a problemáticas específicas (físicas, sensoriais, psicológicas, mentais e/ou sociais) apresentem, temporária ou definitivamente, dificuldades na inserção e participação na vida social. As intervenções em Terapia Ocupacional dimensionam-se pelo uso de Atividades, elemento centralizador e orientador na construção complexa e contextualizada do processo terapêutico.⁽¹⁶⁾

A doença mental e o sofrimento psíquico são fatores que isolam o indivíduo, passando a viver seu próprio mundo, partilhando-os menos com os outros.⁽²⁾

Para Schneider apud Ribeiro,⁽¹⁷⁾ o uso das atividades também possibilita uma melhor observação do doente e a participação, é quando se estabelece o que hoje se denomina Terapia Ocupacional dentro do “modelo médico”, assim são prescritas atividades específicas para cada doença ou síndrome.

Segundo Medeiros apud Ribeiro,⁽¹⁸⁾ o instrumento da profissão mostra-se condizente com as proposições da transformação atual, mediante uma lógica de (re) inclusão social. A terapia ocupacional, por ter como ferramenta principal a atividade, que reflete a cotidianidade do sujeito, pode transformar a sua ação junto à sua clientela em promotora de um protagonismo social que historicamente foi arrancado daqueles que foram marcados pela história da psiquiatria.

Ribeiro⁽⁹⁾ afirma que no contexto da Terapia Ocupacional aplicada aos sujeitos com a experiência do sofrimento psíquico, a primeira grande alteração deu-se com a mudança do perfil de seu cliente hospitalizado, quando o Estado passou a subsidiar a iniciativa privada na

assistência psiquiátrica, ampliando seus serviços para a classe trabalhadora, estruturando uma atenção marcada pela alta rotatividade, o que passa a inviabilizar a laborterapia clássica, fazendo surgir outras orientações que caracterizaram o panorama da terapia ocupacional psiquiátrica brasileira contemporânea, onde o terapeuta ocupacional leva a ampliação do cuidado e a possibilidade do resgate dos direitos da cidadania, promovendo o protagonismo social dos sujeitos.

Por ser uma profissão que congrega conhecimentos de várias disciplinas, a terapia ocupacional pode “ser um elemento importante na construção de novos rumos para a atenção à saúde integral, globalizante e na perspectiva da totalidade, subjetividade e singularidade das pessoas”.⁽¹⁸⁾

Os terapeutas ocupacionais realizam, então, uma importante revisão de seus postulados e passam a buscar em outras áreas de conhecimento, como a sociologia e a filosofia, os apoios teóricos para essa tarefa.⁽¹⁹⁾

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica que pretende oferecer, ao campo interdisciplinar da Saúde Mental, um panorama geral da produção técnica e teórica da Terapia Ocupacional, não abrangendo estudos específicos de legislação para intervenção em crianças e álcool e outras drogas. Para tanto, realizou-se uma busca literária, em livros de Terapia Ocupacional, dissertação de mestrado e artigos brasileiros, relacionados ao tema, publicados em revistas científicas indexadas nas seguintes bases de dados: Lilacs e Scielo no período de 2000 a 2011.

A seleção dos descritores utilizados no processo de busca de artigos foi efetuada mediante consulta ao DECS (descritores de assunto em ciências da saúde da Bireme). Nas buscas, os seguintes descritores, em língua portuguesa e inglesa, foram considerados: “saúde mental”, “terapia ocupacional”, “SUS”, “transtorno mental”, “atenção psicossocial”, “saúde pública”, foram utilizados para localização de manuscritos, contendo resultados de pesquisas com amostras nacionais. Recorreu-se aos operadores lógicos “AND”, “OR” e “AND NOT” para combinação dos descritores e termos utilizados para rastreamento das publicações. Os artigos foram selecionados, analisados e discutidos com base nas categorias de análise: o processo da reforma psiquiátrica e ação da terapia ocupacional durante esse processo, tendo como base para as práticas atuais as portarias do Sistema Único de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Portaria nº 336/GM de fevereiro/2002 estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

A portaria supracitada também regula que as modalidades do serviço deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

A mesma portaria estabelece que nas três modalidades de CAPS, a assistência prestada ao paciente deve incluir as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social.

Em relação ao quadro profissional, dentro da equipe técnica deve conter também profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

Com a transformação no modelo assistencial o profissional desloca-se do campo hospitalar para o CAPS, trabalhando, com efeito, a inclusão social dessa clientela.⁽²⁰⁾

A regulamentação de procedimentos do terapeuta ocupacional em CAPS faz uma grande diferença para o modelo de atuação profissional, que consolida a sua inserção no Sistema Único de Saúde, tornando-se normatizada na assistência da saúde mental em serviços substitutivos.⁽²¹⁾

Beiraão,⁽²²⁾ ao investigar o processo de trabalho nos CAPS, tomando por base o atual momento da reforma psiquiátrica no Brasil, aponta uma trajetória de formação profissional tradicional, onde as ações têm como objeto de trabalho o indivíduo e sua doença, o que evidencia práticas e intervenções também tradicionais. Este estudo mostra a necessidade de revisão dos processos de trabalho de equipe, para possibilitar a construção de novas possibilidades de cuidar, fugindo da base de senso comum, incentivando o envolvimento dos trabalhadores enquanto atores sociais da reforma.

Beirão⁽²²⁾ diz que a Terapia Ocupacional em Saúde Mental tem se respaldado no discurso da Reabilitação Psicossocial para consolidar sua ação e inserção nos novos equipamentos da rede de serviços substitutivos.

Como estratégia de ação utiliza-se de oficinas nas quais se desenvolviam vários tipos de atividades, partindo das necessidades dos usuários, valorizando-se a sua história e sua identidade sócio-cultural.⁽²³⁾

Com a implantação da rede de serviços substitutivos, o terapeuta ocupacional passa a ter uma prática voltada para atender os pacientes graves fora da internação psiquiátrica, fugindo da lógica de ocupá-los para manter a ordem.⁽²⁴⁾

O terapeuta ocupacional, diante da sua gama de conhecimentos e atuação profissional em si, pode ser um agente facilitador das atividades que devem ser prestadas dentro dos CAPS de acordo com a portaria, sendo tais elementos contemplados na sua formação profissional.

Almeida⁽²⁵⁾ relata que o terapeuta ocupacional pôde verificar a valorização da atividade humana e do trabalho para a saúde mental e inserção social das pessoas e, ao mesmo tempo, se propôs a superar a ideia da atividade como recurso terapêutico ou como ocupação do tempo ocioso, presente nas práticas tradicionais.

Houve uma mudança de paradigma referente aos conceitos de saúde mental no âmbito da Terapia Ocupacional, ressignificação das atividades e a ampliação do setting terapêutico desenvolvendo ações no próprio espaço de vida dos sujeitos.⁽²⁵⁾

As redes de serviços de saúde mental buscam promover a integralidade e humanização do cuidado e colocam como objetivo de suas ações a promoção de saúde e a melhoria da qualidade de vida a partir do desenvolvimento de projetos terapêuticos orientados para a promoção da participação dos sujeitos e integrados aos valores e crenças das comunidades-alvo.⁽²⁶⁾

Tais mudanças foram se estabelecendo de acordo com as necessidades e as novas demandas no que diz respeito à saúde em si, e desse modo entra em harmonia e anda de forma concomitante com as novas formas do cuidar em saúde mental.

De forma geral, as políticas de saúde mental incorporam a concepção da reabilitação psicossocial, e o território de vida das pessoas passa a ser um lócus privilegiado de intervenção com vistas à inclusão social,⁽²²⁾ propondo à atenção básica um papel de protagonista na identificação e intervenção em saúde mental, assim, no ano de 2008 foi criada a Portaria nº154/GM de, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o

objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica, sendo classificado em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2.

Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família – ESF.

Pode constituir a equipe do NASF 1, o mínimo de 5 profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes, entre as seguintes: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Acupunturista; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Pediatra; Médico Psiquiatra; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional.

Poderão constituir na equipe do NASF 2, no mínimo 3 profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes, entre as seguintes: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional.

A portaria contempla a ação da saúde mental e propõe a presença do terapeuta ocupacional, não obrigatoriamente, como um dos integrantes, principalmente ao que diz respeito à tendência de assistir a população na atenção básica.⁽²¹⁾

A mesma portaria tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental. Sendo que o terapeuta ocupacional poderá atuar em equipe multiprofissional para prestar atendimento a qualquer modalidade de saúde mental.⁽²¹⁾

A Terapia Ocupacional recobre um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, em educação e na esfera social, devendo desenvolver metodologias adequadas à ação territorial e comunitária. Assim, torna-se imprescindível para a terapia ocupacional aceitar os desafios que se colocam e buscar contribuir, a partir dos saberes que vem acumulando em outras esferas, na formulação e desenvolvimento de ações que possam equacionar problemas vinculados aos processos de ruptura de redes sociais de suporte.⁽²⁷⁾

Ocorreu um deslocamento da atenção dada à doença e seus sintomas para a promoção de saúde mental e inclusão social. Nota-se uma tendência em abandonar um modelo de atenção centrado na doença para focar promoção de saúde, cidadania e participação social.

O foco passa a ser a singularidade de cada indivíduo, sua história, sua cultura, seu cotidiano, em um processo que facilita o exercício da autonomia e funções na comunidade.⁽²⁵⁾

Trata-se de não mais trabalhar com a atividade como uma abstração esvaziada de sentido concreto para aquele indivíduo, para o qual nossa ação deve buscar equacionar necessidades reais. As atividades absorvem da psicologia a dimensão inconsciente, mas tornam-se um conceito permeado de historicidade, nutrido pela dimensão sócio-política e cultural enquanto instrumento para a emancipação.⁽¹⁹⁾

Quanto a Terapia Ocupacional, pode-se apontar que as ações propostas pelos serviços substitutivos estão de acordo com os pressupostos teóricos que sustentam a profissão, ao terapeuta ocupacional, cabe o desafio de demonstrar competência no cotidiano do trabalho em equipe, pontuando o quanto sua formação e seu conhecimento sobre a atividade humana podem contribuir para alcançar os objetivos da Reabilitação Psicossocial.⁽²⁵⁾

A terapia ocupacional, neste contexto, é definida por características, problemas e necessidades concretas da população com e para a qual trabalha e, também, a partir de sua responsabilidade social na área da saúde em um sistema em transformação.⁽¹⁹⁾

Almeida⁽²⁸⁾ ainda relata que a Terapia Ocupacional, em seu modelo de atuação da Prática Centrada no Cliente, permite desenvolver ações em parceria com os usuários, auxiliando-os no processo de identificação de suas demandas e superação das barreiras que se interpõem à sua participação social e desempenho satisfatório nas atividades cotidianas.

Ribeiro⁽⁹⁾ afirma que os profissionais de terapia ocupacional que estão inseridos na rede de atenção à saúde mental, e aqueles que serão incluídos neste sistema de atendimento, devem estar cientes de que as transformações nos modelos de atenção em saúde mental vão para além da implantação e ampliação das redes de serviço. Elas conduzem a outro saber que exige flexibilidade nas ações e nos papéis dos diversos profissionais, e pede uma mudança individual e coletiva de todos os envolvidos no processo da reabilitação psicossocial.

Lopes & Leão⁽²³⁾ analisaram a participação do terapeuta ocupacional intervindo nas estratégias de inclusão social e concluíram que o profissional tem papel importante porque *“os fundamentos da profissão veem ao encontro da proposta de produzir e conceber saúde e, principalmente, pelo uso do recurso “atividade” para a busca de autonomia e da participação social”*

CONCLUSÃO

Observa-se que a saúde mental sofreu mudanças no decorrer de toda sua história de acordo com as necessidades e transformações do mundo e do processo de tratamento da doença como fator presente na vida do ser humano.

No Brasil, após algumas influências de serviços de saúde mental na Europa e da reforma psiquiátrica do país, o Ministério da Saúde cria leis que passam a interpretar a doença mental como um problema de saúde pública, possibilitando assim, atenção adequada.

Assim como a saúde mental sofreu grandes transformações durante seu curso, a Terapia Ocupacional também mostra que evoluiu na sua forma de cuidar.

Como houve maior valorização da atividade humana e do trabalho na própria saúde mental e inserção social das pessoas, foi deixado para trás a ideia de ocupar por ocupar, presente nos primeiros hospitais psiquiátricos.

A essência da Terapia Ocupacional está diretamente ligada à atividade Humana com o objetivo de dar ao indivíduo uma estruturação/reestruturação do seu cotidiano e sua autonomia, gerando assim, qualidade de vida.

Tais perspectivas estão diretamente ligadas às ações e objetivos da saúde no mundo atual, ou seja, a constante busca da qualidade de vida. Essa qualidade de vida só é possível com a união das várias de redes de serviços existente e dos mais variados profissionais que podem estar envolvidos nesse processo.

O trabalho em equipe é essencial, e cabe ao profissional da Terapia Ocupacional pontuar o seu conhecimento sobre a atividade humana, contribuindo para alcançar os objetivos no curso da reabilitação psicossocial e da atenção básica.

REFERÊNCIAS

- 1 Foucault M. História da loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva; 1972.
- 2 Brunello MIB. Loucura: um processo de desconstrução da existência. Revista de Terapia Ocupacional da Univ. São Paulo. 1998; 9(1):14-19.
- 3 Araújo A. O acompanhamento terapêutico no processo de reabilitação psicossocial de pacientes psiquiátricos com longa história de internação. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 1999.
- 4 Birman J. A psiquiatria como discurso da moralidade. Rio de Janeiro: Graal; 1978.

- 5 Mângia apud Saraceno, B. Libertando identidades da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia; 1999.
 - 6 Organização Mundial da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. Renovação da estratégia de saúde para todos: elaboração de uma política de equidade, solidariedade e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
 - 7 Nascimento BA. A Loucura, trabalho e ordem: o uso do trabalho e da ocupação em hospitais psiquiátricos. Dissertação [Mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1991. p. 102-136.
 - 8 Amarante apud Ribeiro MBS, Oliveira LR. Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão. Interface. 2005; 9(17):425-431.
 - 9 Ribeiro MC. A reabilitação psicossocial num CAPS: concepção dos profissionais. Dissertação [Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008.
 - 10 Basaglia, F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal; 1991.
 - 11 Brasil. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União 20 de fev. 2002;
 - 12 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de saúde mental: relatório final. Brasília, 2002.
 - 13 Amarante P. Loucos pela vida. 2. ed. Rio de Janeiro: Panorama; 2000.
- Ribeiro MBS, Oliveira LR. Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão. Interface. 2005; 9(17):425-431.
- 14 Saraceno B. Libertando identidades da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia; 1999.
 - 15 Cavalcanti A, Galvão C. Terapia ocupacional: fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 3.
 - 16 Schneider apud Ribeiro MBS, Oliveira LR. Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão. Interface. 2005; 9(17):425-431.
 - 17 Medeiros apud Ribeiro MBS, Oliveira LR. Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão. Interface. 2005; 9(17):425-431.
 - 18 Barros DD, Ghirard MIG, Lopes RE. Terapia ocupacional social. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, 2002;13(3):95-103.

19 Ballarin MLG, Carvalho apud Almeida DT, Trevisan ER. Estratégias de intervenção da Terapia ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. Interface comun. saúde educ. 2011;15(36):299-307.

20 Benetton MJ. Trilhas associativas ampliando os recursos da terapia da psicose. São Paulo: [Lemos editorial]; 1991.

21 Brasil. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da União 25 jan 2008.

22 Beirão ROS, Alves CKA. Terapia ocupacional no SUS: refletindo sobre a normatização vigente. Cad. Ter. Ocup. UFSCar. 2010;18(3):231-246.

23 Lopes RE, Leão A. Terapeutas ocupacionais e os centros de convivência e cooperativa: novas ações de saúde. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, 2002;13(2):56-63.

24 Mângia apud Terapia ocupacional analisa a reforma psiquiátrica. COFFITO, n. 3 (textos isolados). Disponível em: <http://coffito.org.br>. Acesso em: jul. 2011.

25 Almeida DT, Trevisan ER. Estratégias de intervenção da Terapia ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. Interface comun. saúde educ. 2011;15(36):299-307.

26 Mângia e Nicácio apud Almeida DT, Trevisan ER. Estratégias de intervenção da Terapia ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. Interface comun. saúde educ. 2011;15(36):299-307.

27 Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional. O curso de terapia ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.

28 Almeida KS, Dimenstein M, Severo AK. Empowerment and psychosocial care: notes on a mental health association. Interface comun. saúde educ. 2010;14(34):577-89:2010.