

VISITA DOMICILIAR EM SAÚDE MENTAL

Cristiana Pereira Barbosa¹
Elisiene ChavesFagundes²
Gladston Santos Silva³

RESUMO

A Visita Domiciliar (VD) vem sendo utilizada pelos profissionais do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) em acompanhamento ao usuário. O objetivo deste estudo é verificar como o a VD contribui para a assistência ao usuário da Saúde Mental implementado no Projeto Terapêutico Singular (PTS). Para isso foi realizada uma pesquisa bibliográfica em algumas das principais bases de dados como Google Acadêmico, Scielo, Bireme. Concluiu-se que através da VD é possível ter o conhecimento da estrutura da família, sua dinâmica de funcionamento e a aproximação desta junto aos serviços de saúde como parceira no cuidado com o usuário. Estes fatores contribuem para uma melhor elaboração e execução do Projeto Terapêutico Singular.

Palavras-Chaves: Visita Domiciliar; Reforma Psiquiátrica; Projeto Terapêutico Singular.

ABSTRACT

The Home Visit (HV) has been used by professional from the Psychosocial Support Center (CAPS) to monitor the user in crisis. The objective of this study is to verify how the HV can contribute to the elaboration of the Singular Therapeutic Project (PTS). For this, a bibliographic reasearch was carried out in some of the main data bases, such as Google Scholar, Scielo, Bireme. It was concluded that through the HV, it is possible to have the knowledge of the Family structure, its dynamics of operation and the approximation of this with the health services, such as a partner in the care with the user. These factors contribute to a better elaboration and execution of the Singular Therapeutic Project.

Key words: Home Visit; Psychiatric Reform; Singular Therapeutic Project.

¹Psicóloga, Pós Graduanda em Psicopatologia e Clínica em Saúde Mental pela Universidade Salgado de Oliveira (MG),

²Psicóloga, Mestre em Psicologia pela Universidade Católica de Minas Gerais, docente da Pós Graduação em Psicopatologia e Clínica em Saúde Mental pela Universidade Salgado de Oliveira (MG),

³Enfermeiro, Mestre em Psicologia pela Universidade Católica de Minas Gerais, docente e coordenador do curso de Pós Graduação em Psicopatologia e Clínica em Saúde Mental pela Universidade Salgado de Oliveira (MG),

INTRODUÇÃO

O “louco” na antiguidade, segundo Garcia (2002), era considerado um possuído, e o seu comportamento era um enigma atribuído a um poder externo e divino. O indivíduo era evitado e temido, pois se pensava que estava submetido a uma maldição divina. Mais tarde, na Idade Média, ele passou a ser conhecido e familiar, ao mesmo tempo, com as figuras do bobo da corte e o bufão. O discurso sobre a loucura permanecia entremeio aos domínios da medicina, direito e teologia, porém, nenhum desses saberes imputava ao louco, participação sobre o que lhe acontecia e nem lhe era dado à palavra (GARCIA, 2002).

Na Renascença, a segregação dos loucos se dava pelo banimento dos muros nas cidades europeias, permanecendo de forma marginalizada de cidade em cidade ou postos em navios sem ter o direito de desembarcar. No século XVII, a linguagem se desdobra em termos de razão universal colocando o louco como alienado, sem razão (GARCIA, 2002).

Ainda, no século XVIII, Phillippe Pinel, considerado por Barreto (1999) como “[...] o fundador de uma tradição: a da clínica, como caminho consciente e sistemático” (BARRETO, 1999, p. 103), propõe uma forma de tratamento aos loucos e os transfere a manicômios destinados somente aos “doentes mentais” (termo utilizado nesta época). O tratamento de Pinel consistia, principalmente, na reeducação dos alienados, no respeito às normas e no desencorajamento das condutas inconvenientes. Assim, a loucura passa a ser revestida com o caráter essencialmente moral. Com o avanço das teorias organicistas surge outra compreensão sobre a loucura, entretanto, o oferecido ao louco ainda era a correção, segregação e submissão (BARRETO, 1999).

Na Itália, por volta da segunda metade do século XX, surge um movimento de crítica e transformação do saber como relação ao tratamento ofertado ao louco e, às instituições psiquiátricas, impulsionadas pelo médico psiquiatra Franco Basaglia. Este movimento tem grandes repercussões e influencia de forma decisiva o tratamento oferecido às pessoas com transtornos mentais no Brasil (ROTELLI; AMARANTE, 1992).

Segundo Rotelli e Amarante (1992), o Brasil, inspirado na psiquiatria democrática italiana, iniciou o movimento de reforma psiquiátrica no final da década de 1970, com a participação dos trabalhadores de saúde mental e os familiares das pessoas com transtornos mentais. Um dos fatos impulsionadores para a reforma psiquiátrica brasileira é o Projeto de Lei Nº 3.657 criado pelo então deputado federal Paulo Delgado, redirecionando o modelo assistencial de saúde mental e a Declaração de Caracas, documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas (ROTELLI; AMARANTE, 1992).

Outro fator é a Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe da proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais que vigora até os dias de hoje (BRASIL, 2001).

A atual política de saúde mental no Brasil é originária da referida lei que visa a garantir o cuidado das pessoas com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e

[...] promove a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas, quando necessárias, se deem no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração. Além disso, essa política visa à constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de sofrimento mental no seu território, a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos e, ainda, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, da cultura e do lazer. (BRASIL, 2016).

A partir da publicação da Lei 10.216/01, foi criado o Programa de Volta para Casa por meio da assinatura da Lei Federal 10.708, de 31 de julho de 2003, que regula o auxílio-reabilitação psicossocial para os pacientes que ficaram longo tempo internados em instituições psiquiátricas e a criação das residências terapêuticas, instituídas pela Portaria/GM Nº 106, de fevereiro de 2000, que tem por objetivo acolher os pacientes egressos de internação psiquiátrica visando à reinserção social e a desinstitucionalização (BRASIL, 2001).

Segundo Teixeira (2016), a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído no Brasil pelas leis federais 8080/1990 e 8142/1990, alicerçado nos princípios da universalidade, equidade, descentralização e controle social e na proposta da saúde como direito de todos e dever do Estado, propicia os avanços da reforma psiquiátrica brasileira favorecendo a criação de serviços diferentes aos pressupostos do modelo hospitalocêntrico como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS (TEIXEIRA, 2016).

Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centro de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que tem surgido no país – são atualmente regulamentados pela Portaria nº336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade do CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004, p.12).

Com esse novo modelo de tratamento ao usuário tornou-se imprescindível a participação e inclusão da família. Para tanto, uma das ferramentas utilizadas nessa estratégia é a Visita Domiciliar que nasce a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), ligada a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ela faz parte dos recursos terapêuticos utilizados nos serviços de saúde de base territorial e pode ser realizada por diversos profissionais em uma ação individual ou multidisciplinar (BRASIL, 2011).

De acordo com a revisão bibliográfica realizada por Rocha e outros (2017), foi identificado um estudo feito por Malakoutie e outros (2009), onde foram realizadas VD a seis famílias de pacientes esquizofrênicos durante um ano no Irã. Na visita, os técnicos auxiliavam os familiares quanto ao conhecimento da “doença” e ficavam disponíveis para as demandas do paciente. O

resultado dessa pesquisa apontou uma redução das internações após as intervenções in loco, e uma maior autonomia das famílias em lidar com as crises dos pacientes (ROCHA &atal, 2017).

O estudo de Schrank e Olschowsky (2008) discute a importância da equipe de saúde mental do CAPS na aproximação familiar nos serviços e nos cuidados com o usuário através das oficinas, festas comemorativas e VD, possibilitando uma quebra de preconceito da incapacidade e periculosidade que foram os fatores que contribuíram para a segregação social.

Pietroluongo e Resende (2007), também apontam a VD como um recurso importante para o acompanhamento dos usuários em sofrimento psíquico e a inclusão da família no processo de tratamento. Discutem a necessidade dos agentes de saúde ter uma escuta diferenciada evitando julgamentos diante da complexidade do fenômeno familiar.

Como pós-graduanda do curso de Psicopatologia e Clínica em Saúde Mental, despertou-me o interesse em saber como são realizadas as Visitas Domiciliares em Saúde Mental e como elas podem contribuir para a construção do Projeto Terapêutico Singular. Dessa forma, este estudo constituiu de uma pesquisa qualitativa descritiva, utilizando-se de revisão bibliográfica. Os descritores utilizados foram Reforma Psiquiátrica, Visita Domiciliar em Saúde Mental, Projeto Terapêutico Singular. Essa técnica contribuiu na análise do estudo, uma vez, que forneceu embasamento teórico para o entendimento da realidade e melhor compreensão dos processos.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela portaria GM/MS nº 3.088/2011, tem como um dos seus pontos de atenção os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) localizados de forma regionalizada e possuindo uma equipe multiprofissional que se destina ao

[...] tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004, p. 13).

A função dos CAPS é acolher o paciente na crise até a sua estabilização. A continuação do tratamento se dá no Centro de Saúde próximo à sua residência. Nos CAPS são oferecidos serviços de atendimento individual, atendimento em grupo, visitas Domiciliares, oficinas terapêuticas, medicação, atendimento e orientação a famílias, diálogo constante com a comunidade (passeios, cinema) e equipe da rede (BRASIL, 2004).

O Plantão recebe os pacientes e avalia os casos. Os pacientes inscritos são inseridos em Ambulatório, Permanência – dia, Retorno de acolhimento ou Hospitalidade Noturna ficando responsável pela condução do caso, um Técnico de Referência. Os pacientes não inscritos são encaminhados para o Centro de Convivência, Centro de Saúde ou outros municípios conforme o caso. O Plantão de Referência tem a função de atender usuários que retornam ao serviço, atender usuários inscritos não agendados (demanda do usuário).

Atender usuários em permanência-dia (quando necessário). Visitar usuários faltosos ou com controle domiciliar. Organizar o plantão (transporte, enfermagem, alimentação, etc.). E os demais Técnicos ficam responsáveis por atender usuários sob sua condução, desenvolver oficinas, promover e participar de passeios, eventos, etc., realizar e colaborar com as atividades esportivas. O serviço possui ainda reuniões de equipe para organização do trabalho, que acontece semanalmente onde são discutidas questões relativas ao funcionamento do serviço (BRASIL, 2004; MISOCZKY, 2002).

É importante ressaltar que os CAPS são na modalidade I, II e III, de acordo com a população de abrangência. O CAPS III funciona 24 horas. O CAPS AD se destina à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. E o CAPSi é para atendimento diário de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Ainda, de acordo com o Ministério da Saúde, os CAPS devem ter um projeto terapêutico

que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais dos CAPS, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2004, p. 16).

No CAPS o Projeto Terapêutico Singular é uma ferramenta essencial para discutir interdisciplinarmente e executar as ações de cuidado junto ao usuário da saúde mental.

Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) surgiu a partir da luta antimanicomial. É definido como um conjunto de propostas e condutas articuladas entre equipes interdisciplinares para um sujeito individual ou coletivo. É uma ferramenta importante de cuidados com usuários da Saúde Mental que visa uma atuação integrada da equipe sendo articulados outros mecanismos de assistência compreendendo o sujeito nas suas dimensões biopsicossociais (BRASÍLIA, 2010).

O PTS compreende quatro fases; definição da hipótese diagnóstica, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. A definição de hipótese diagnóstica se refere a uma avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite a uma conclusão das vulnerabilidades e potencialidades do sujeito singular, identificando como ele se produz diante das limitações, dos desejos, interesses e das interações familiares dos amigos e no trabalho. A definição de metas compreende o segundo passo, depois de feito o diagnóstico, o profissional de melhor vínculo com o usuário define como ele as propostas de médio, curto ou longo prazo. Na divisão de responsabilidades ocorre a divisão das tarefas por cada membro da equipe e a escolha do profissional de referência que ficará responsável por acompanhar o caso fazendo articulações com as equipes e com as famílias. “O Terapeuta de Referência (TR) [...] é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS (BRASIL, 2004, p. 16)”. E por fim, a reavaliação é o momento de avaliar a evolução do caso e fazer os ajustes necessários.

O PTS em saúde mental é uma ferramenta de suma importância, uma vez que o sujeito está em construção permanente. A característica singular de cada sujeito deve ser valorizada evitando que ele incorra na massificação do diagnóstico e das condutas terapêuticas. Os Centros de Atenção Psicossocial trabalham nessa lógica, pois

o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL, 2005, p.25)".

Visita Domiciliar como um instrumento do Projeto Terapêutico Singular.

A Visita Domiciliar (VD) em saúde nasce a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), ligada a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ela faz parte dos recursos terapêuticos utilizados nos serviços de saúde de base territorial e pode ser realizada por diversos profissionais em uma ação individual ou multidisciplinar. O objetivo da VD também é variado, mas, priorizam-se os casos onde o paciente tem dificuldade de mobilidade, idosos acamados ou quando há recusa em ser atendido em algum serviço de saúde (BRASIL, 20011).

AVD em saúde mental tem o objetivo de acompanhar usuários com transtornos mentais graves e persistentes. Várias situações decorrem de uma necessidade de uma visita domiciliar, como exemplo usuário que se isola e recusa a ir ao local de tratamento. É possível verificar se é uma situação de cárcere privado, comportamentos que dificultam o convívio social, ou uma crise que está se estabelecendo pelo uso inadequado da medicação e/ou falta de suporte familiar. Alguns usuários vivem em condições inóspitas como casas abandonadas, higiene precária e uso abusivo de álcool e outras drogas, o que coloca em risco não só a sua situação psíquica, mas também física e social. A V.D é um importante dispositivo para transferência de cuidado para Atenção Primária daqueles usuários com alta vulnerabilidade social (falta de suporte familiar, dificuldade na relação social com vizinhos, etc). O olhar atento do profissional de saúde mental permite avaliar o processo como um todo e articular ações junto a outros dispositivos da RAPS para o cuidado com o usuário no território. "A discussão sobre um caso de visita domiciliar, que tende a ser mais complexo, deve incluir o maior número de participantes possível [...] (BRASIL, 2011, p. 38)", pois, vários olhares para um mesmo caso possibilita um maior sucesso nas ações pela variedade de idéias e contribuições.

Para ser considerada uma VD devem ser criadas ações sistematizadas que serão efetuadas antes, durante e depois da visita domiciliar. Nem toda visita pode ser considerada como visita domiciliar. O profissional deve ser capacitado e com habilitação específica e utilizar técnicas de entrevista e observação sistematizada. A execução da atividade deve ser pautada nos pressupostos da responsabilidade compartilhada, respeito às crenças das famílias e o trabalho conjunto para intervenções no processo saúde-doença. Os objetivos das visitas domiciliares visam identificar os fatores socioeconômicos, políticos e culturais que influenciam no processo saúde-doença no meio familiar. A técnica da VD consiste no planejamento, na execução, no registro de dados e avaliação do processo (BRASIL, 2001).

O planejamento inicia com a seleção das visitas, os objetivos propostos e a captação da realidade de vida e saúde do usuário e família. Na execução da visita é importante iniciar com a apresentação da equipe e colocar de forma clara os objetivos estabelecendo um vínculo com a família e respeitando sua dinâmica de funcionamento. Para o registro de dados a observação deverá ser atenta sobre a estrutura da família como, a quantidade de componentes, quem trabalha na família, quem sustenta a casa, os hábitos de higiene e alimentação, e a dinâmica de funcionamento, como exemplo, as formas de interação, comunicação, os afetos e desafetos, a relação com os vizinhos e amigos. A avaliação do processo é importante para a discussão em equipe das impressões obtidas na visita domiciliar e preparar para o passo seguinte visando o seu Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2001).

AVD permite estabelecer mediações entre o CAPS, o território e o sujeito, na construção de uma clínica pautada nas bases da integralidade e da intersetorialidade, produzindo novos modos de fazer cidadania, empoderando pessoas a conduzirem seus próprios projetos de vida, assim,

[...] é imprescindível que a VD se torne prática permanente no cotidiano de trabalho do CAPS, como tecnologia para abordagem do sujeito e de sua experiência de vida, incluindo o contexto familiar, radicalizando a ruptura com o aparato manicomial e com toda forma de exclusão e estigma em torno da loucura. Assim, oportuniza a reinvenção de saberes profissionais e tensiona mudanças na cultura local, com vistas à construção de novas relações da sociedade com a loucura, fundadas no acolhimento e respeito à diferença (MORAIS, 2019).

A Visita Domiciliar serve, também, como um instrumento de aproximação da equipe de saúde mental com a família e com a comunidade onde o paciente está inserido com o objetivo de criar estratégias de intervenção que possibilite a reinserção do usuário. “Um dos grandes objetivos da realização das visitas domiciliares é poder capacitar as famílias a usarem de recursos próprios para resolver os problemas, assegurando uma maior autonomia dos sujeitos (Rocha e outros, 2004)”. Utilizar os recursos próprios de cada família e de cada usuário é respeitar a singularidade do sujeito na construção do seu Projeto Terapêutico singular.

[...] a inclusão da família no tratamento só é possível a partir do momento em que se questiona a episteme do paradigma médico dominante, ou seja, a partir desse questionamento, amplia-se a visão acerca do tratamento da loucura – que deixa de ser apenas medicamentoso e passa a abarcar a sua complexidade discursiva/relacional e psicodinâmica (PIETROLUNGO & RESENDE, 2007. pg 24)”.

O apoio às famílias é importante para essa parceria, uma vez, que costumam adoecer todo o núcleo familiar, pois, nem todas as famílias conseguem lidar adequadamente com o usuário em crise, ou com sua característica peculiar. O desconhecimento da “doença” e falta de manejo faz com que a família deseje a internação do usuário. A ação da Visita Domiciliar é uma forma de acolher, escutar e tranquilizar a família, oferecendo um suporte e ao mesmo tempo

recebendo um suporte no tratamento do usuário da saúde mental evitando a reincidência de novas crises e garantindo uma maior estabilidade psíquica (PEREIRA & al, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reforma psiquiátrica modifica a forma de tratar a loucura. O “louco” que antes era trancafiado e considerado perigoso passa a ser visto como um cidadão comum e possuidor de direitos sem distinções. O tratamento é em liberdade e visa à autonomia e responsabilidade do Sujeito. Com os “loucos” fora dos manicômios, houve a necessidade da inclusão da família no tratamento do usuário. Dentre os vários dispositivos da RASPS a VD segue como uma estratégia importante na articulação da família com os serviços de saúde o qual oferece o suporte necessário e obtém a parceria no cuidado com o usuário.

Dessa forma, concluiu-se que a VD é uma ferramenta de extrema importância na elaboração do Projeto Terapêutico Singular, visando à eficácia do tratamento do usuário com a participação da família.

Percebeu-se que a VD contribui de forma a aproximar a família dos serviços de saúde evitando o preconceito e estigma do usuário com a ideia de incapacidade e periculosidade, que foram os fatores que contribuíram para a segregação social.

Identificou-se ainda, a necessidade de dar suporte a toda a família, pois, na maioria das vezes o núcleo familiar também adoece devido à falta de manejo e conhecimento do funcionamento psíquico do usuário em crise.

Através da VD é possível ter o conhecimento da estrutura da família, sua dinâmica de funcionamento e a aproximação desta junto aos serviços de saúde como parceira no cuidado com o usuário. Estes fatores contribuem para uma melhor elaboração e execução do Projeto Terapêutico Singular.

Este estudo não tem a pretensão de esgotar o tema proposto. Em uma pesquisa realizada por Rocha e outros (2017), constatou-se uma escassez de bibliografias sobre a utilização da VD como técnica de intervenção, assim, outras pesquisas são necessárias considerando a complexidade do processo saúde-doença-política-cidadania.

REFERÊNCIAS

ANAYA, Felisa. **Reflexão sobre o Conceito de Serviço Substitutivo em Saúde Mental**: contribuição do CERSAM de Belo Horizonte-MG. 2004. 156 f. Dissertação (Mestre em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2004. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5147/2/737.pdf>>. Acesso em: 02jun. 2020.

BACAMARTE, Kurt. **Reforma psiquiátrica e movimento lacaniano**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.

BARRETO, Francisco Paes. **Reforma psiquiátrica e movimento lacaniano**. Belo Horizonte/Francisco Paes Barreto: Itatiaia, 1999.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia científica**: um guia para iniciação científica. 2ª ed. São Paulo: Makron Books do Brasil Editora, 2000.

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 abr. 2001. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm> Acesso em: 02 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS**: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em 02 jun. 2020.

BRASIL. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9, abr. 2001. Disponível em:
< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. CENTRO CULTURAL MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental**. Disponível em:
<<http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma.html>>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada e Compartilhada**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1. ed. 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 64 p. Disponível em:
<http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/10_0379_final_clinica_ampliada.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental** / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora). [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.; 13x18 cm.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem/Instituto para o Desenvolvimento da Saúde**. Universidade de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. . Disponível em:
<http://www.ee.usp.br/cartilhas/manual_de_enfermagem.pdf>. Acesso em 24 jul, 2020.

CÓRDOVA, Fernanda Peixoto; MAIRESSE, Denise. A pesquisa científica. In: GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da Ufrgs, 2009. Cap. 2. p. 31-42. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2020.

GARCIA, C; FERREIRA, MD. **Psicanálise, psicologia, psiquiatria e saúde mental :interfaces**. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.175 p.

MORAIS, A.P.P., Guimares, J.M.X., Alves, L.V.C, Monteiro, A.R.M. **Produção do cuidado na atenção psicossocial: Visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território..** CienSaudeColet [periódico na internet] (2019/Set). Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/producao-do-cuidado-na-atencao-psicossocial-visita-domiciliar-como-tecnologia-de-intervencao-noterritorio/17335?id=17335&id=17335>>. Acesso em: 18 ago. 2020.

PIETROLUONGO A. P. C., & RESENDE, T. I. M. (2007). **Visita Domiciliar em Saúde Mental: O papel do psicólogo em questão.** *Psicologia Ciência e Profissão*, 27, 22-31.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo. Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: MOREIRA JUNIOR, Benito; AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria sem hospícios: Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.** São Paulo: RelumeDumará, 1992. p. 41-55.

ROCHA, Kátia Boneset al. **A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura.** *Psic., Saúde & Doenças* [online]. 2017, vol.18, n.1 [citado 2020-07-28], pp.170-185. Disponível em:

<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000100015&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1645-0086.

SANTOS, Walkíria Normandia dos. **O trabalho do técnico de referência a partir do técnico de referência.** 2014. 126 f. Tese (Doutorado) - Curso de Mestre em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Geais, Belo Horizonte, 2014.

SCHRANK, G., & OLSCHOWKSY, A. (2008). **O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família.** *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, 42, 127-134.

SOUZA, Políbio José de Campos. Resposta à Crise: A Experiência de Belo Horizonte. In: NILO, Kelly et al (Org.). **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia.** Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Belo Horizonte, 2008. p. 111 – 127.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do sistema único de saúde.** [S.l.]:Saúde Bahia,2016. Disponível em:
<http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em:
02 jun. 2020.