

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO EM SITUAÇÃO DE COMORBIDADE: DESAFIOS PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Therapeutic itinerary in situations of comorbidity: challenges for comprehensive mental health care

Aisllan Diego de Assis¹

Artigo encaminhado: 01/06/2016
Aceito para publicação: 03/10/2019

RESUMO: Com o objetivo de compreender a busca de uma pessoa portadora de transtorno mental em situação de comorbidade por cuidado, um trabalho de campo foi desenvolvido junto a uma usuária da rede de atenção em saúde do município do Rio de Janeiro-RJ. Buscou-se a construção do itinerário terapêutico, utilizando os métodos de observação participante, entrevista aberta e análise documental, envolvendo familiares e profissionais no estudo. A usuária transitou pelo Sistema Único de Saúde e pelo Sistema Único de Assistência Social. Foi atendida em um centro de referência da assistência social, uma emergência médica, um hospital psiquiátrico, uma policlínica e uma clínica da família. Foram grandes os desafios para o cuidado, pois se formam nesses casos situações psicossociais complexas.

Palavras-chave: Atendimento integral em saúde. Saúde mental. Comorbidade. Cuidado. Itinerário terapêutico.

ABSTRACT: In order to understand the search for care of a person with mental disorder comorbidity status, field work was carried with a user of the municipality of Rio de Janeiro health care network. The construction of therapeutic itinerary was searched through the methods of participant observation, open interviews and documental analysis, involving family members and professionals in the study. The user moved through the Unified Health System and the Unified Social Assistance, national systems of health and social assistance, respectively and was attended by a social assistance reference center, a medical emergency, a psychiatric hospital, a polyclinic and a family clinic. The user faced big challenges for the care, as these cases characterize complex psychosocial situations.

Keywords: Comprehensive health care. Mental health. Comorbidity. Therapeutic itinerary. Psychosocial care.

¹ Doutor em Saúde Coletiva, especialista em psiquiatria e saúde mental. Professor de Saúde Coletiva da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) – ABRASCO/FIOCURZ. aisllanassis@ufop.edu.br

1 INTRODUÇÃO

Desde a promulgação do direito universal à saúde no Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e sua progressiva implantação e evolução, considerável melhora nos padrões de saúde da população tem sido registrada e divulgada em estudos nacionais e internacionais (VETTORE; LAMARCA, 2011). A integralidade no cuidado em saúde e a integração do sistema e serviços de saúde são prescrições constitucionais no país e são atualmente grandes desafios públicos para concretização do direito à saúde.

O campo da saúde mental, constituído por políticas públicas e dispositivos assistenciais, também passou por consideráveis mudanças nos últimos anos. Busca-se a substituição do modelo asilar e manicomial de assistência aos portadores de transtorno mental por uma rede de serviços especializados e intersetorial em uma proposta de atendimento psicossocial a essas pessoas e suas famílias. Porém, o atendimento a pessoas com transtorno mental com comorbidades mostra-se como desafio a profissionais e serviços, pois demandam a elaboração de projetos terapêuticos que rompam com o dilema corpo/mente, ainda flagrante nas práticas de saúde, promovendo cuidado em uma perspectiva psicossocial e integral.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (BONAVITA; SIMONE, 2008) comorbidade consiste na presença de doenças coexistentes ou adicionais com relação ao diagnóstico inicial ou com relação à doença índice. A comorbidade pode afetar o desempenho de indivíduos e até mesmo sua sobrevivência. Pode ser usada como um indicador prognóstico para a duração da hospitalização, fatores de custos e de melhoria ou sobrevivência. Em psiquiatria, o termo comorbidade clínica é utilizado para referir-se a doenças ou diagnósticos, além de problemas mais genéricos, presentes em pessoas em sofrimento psíquico constituindo situações psicossociais complexas (GOMES, 2012).

É notável a oscilação entre polos orgânicos e psíquicos como suposta origem dessa “dicotomia” do cuidado (clínico ou psiquiátrico, neurológico ou mental, físico ou psíquico) como evidenciam as análises e histórias acerca do paradigma biomédico e sua reprodução nos serviços de saúde. O desafio que se

coloca ao cuidado de saúde mental é romper com a visão linear nas ações de saúde abarcando uma gama plural de profissionais e práticas que possibilitem a escuta da pessoa. Que esse cuidado seja uma ação integral com significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como o *direito de ser* e incorpore os vários “problemas” a serem superados. Assim, o cuidado em saúde mental tem como desafios não reduzir a pessoa em sofrimento psíquico, sua história e subjetividade, a um conjunto de sintomas e causas (NASI *et al*, 2009) e possibilitar uma relação digna, respeitosa, com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO *et al*, 2005).

Com o objetivo de compreender a busca por cuidado de uma pessoa com transtorno mental em situação de comorbidade clínica, pretendeu-se investigar como essa busca interfere em seu cotidiano; como serviços e profissionais de saúde disponibilizam o cuidado a essas pessoas; em que medida essa busca encontra soluções que se espera para os adoecimentos.

A busca pela solução do problema de saúde tende a se ligar a doenças específicas e entendimentos socialmente construídos sobre elas. Assim, os padrões de procura de auxílio ou cura podem ser delineados, reconstruídos e analisados por diferentes tipos de entendimentos sócio antropologicamente situados e narrados (ALVES, 2006; RABELO; ALVES, 1999).

Entende-se que é o usuário que detém a história de seu processo de adoecimento e busca por cuidado junto aos serviços de saúde e por isso, torna-se a crítica viva nesta produção social continua que é o sistema de saúde. Assim, as narrativas, trajetórias e buscas das pessoas trazem direções para integralidade do cuidado na atenção à saúde mental.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Realizou-se um estudo com características etnográficas utilizando as técnicas de observação participante, entrevistas abertas e análise documental (ANGROSINO, 2009) num processo teórico-metodológico centrado na usuária (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

Estrategicamente, buscou-se por meio dos itinerários terapêuticos a compreensão de suas buscas por cuidado. Os itinerários terapêuticos são desenhos que possibilitam reconhecer na trajetória de vida das pessoas percursos feitos em situação ou momentos de adoecimento. Possibilitam a expressão de uma multiplicidade heterogênea de movimentos, agenciamentos e concepções acerca da saúde, da doença, da vida e da morte (GERHARDT, 2006; ASSIS, 2014).

O desenho das buscas por cuidado da usuária, que ajudou na composição de seu itinerário terapêutico, nos possibilitou problematizar o que seja integralidade do cuidado à pessoa. A reconstrução do Itinerário Terapêutico visibiliza, segundo Bellato *et al* (2009), a forma como os serviços de saúde se organizam e produzem efeitos na vida destas pessoas, respondendo ou não aos princípios da integralidade e da resolutividade da atenção em saúde.

O estudo teve início em um hospital psiquiátrico da rede de atenção psicossocial da cidade do Rio de Janeiro e foi realizado no período de julho a dezembro de 2013. O hospital é um centro integrado de atenção em saúde mental sob administração da secretaria estadual de saúde. Caracteriza-se por um serviço de emergência psiquiátrica que conta com uma enfermaria de internação psiquiátrica, dispondo de leitos clínicos, ambulatório e um hospital-dia (KEUSEN; CARVALHO, 2008).

O estudo centrou-se no acompanhamento de pacientes diagnosticados com transtorno mental (transtorno do humor bipolar, esquizofrenia e depressão, principalmente) em tratamento ou acompanhamento também de comorbidades clínicas (diabetes mellitus, doenças infectocontagiosas, hipertensão arterial sistêmica entre outras). Ao final, foi selecionada uma usuária diagnosticada com esquizofrenia paranoide e hanseníase que, após internação no hospital psiquiátrico, foi encaminhada à rede de atenção básica da cidade para tratamento e reabilitação da doença infectocontagiosa e a um centro de saúde mental para continuidade de seu tratamento psiquiátrico.

Como Biehl (2005) procurou-se “não cair na cilada” de opor Estado e família ou ainda Ciência e senso comum, investigando máquinas de produção de subjetividade que os atravessam. Reconhece-se a importância de não localizar exclusivamente no estabelecimento hospitalar e nas relações médico-paciente o lugar e o momento crucial de produção de cuidado a pessoa. Assim, o itinerário terapêutico da usuária foi construído ao longo do acompanhamento dela dentro e fora de hospitais, casas, policlínicas e unidades básicas de saúde, pelas ruas da cidade inclusive. Viver e narrar, seguir e acompanhar (DALMOLIN, 2006; INGOLD, 2012) foram modos de buscar compreender o itinerário terapêutico da usuária na rede de cuidados.

Para analisar e compreender o itinerário terapêutico da usuária recorreu-se as orientações de Costa *et al* (2009), desenhando a trajetória espacial, mostrando os serviços de saúde e recursos buscados. Assim, desenhou-se a trajetória temporal da busca por cuidado como primeiro passo para a construção do itinerário terapêutico, ou seja, as sequências das buscas. Utilizou-se também o genograma e o ecomapa (AGOSTINHO, 2007) para descrever e compreender os laços familiares e de parentesco, afetividade e qualidade dos vínculos, além dos recursos disponíveis para sustentabilidade e acesso ao longo do percurso.

O projeto de pesquisa foi submetido ao comitê de ética em pesquisa (CEP) do Instituto de Medicina Social/UERJ tendo sido aprovado e o trabalho de campo autorizado com parecer nº 284.211(CEP/IMS/UERJ) em 23/05/2013. Aos interlocutores disponibilizamos o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) garantindo o sigilo e o anonimato conforme preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O itinerário terapêutico da usuária mostra que ela recebeu atendimento em três esferas de complexidade do SUS. Durante internação psiquiátrica no hospital psiquiátrico, serviço de alta complexidade, especializado no atendimento em saúde mental, foi diagnosticada com hanseníase. Após a alta hospitalar foi atendida numa policlínica que se configura como um serviço intermediário que

oferta atendimentos em várias especialidades profissionais da saúde, onde recebeu atendimento especializado em terapia ocupacional para reabilitação motora das mãos. E na Clínica da Família (serviço de atenção básica da cidade), onde iniciou o tratamento para a hanseníase e foi acompanhada pela equipe como um “caso complexo” que envolvia conflitos familiares, transtorno mental e comorbidade clínica que convocava outro atendimento especializado, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

O itinerário terapêutico mostra uma intersecção entre dois sistemas de proteção social, o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Essa ligação se deu a partir de “parcerias” por meio das quais se forma a “rede” de atendimento a pessoas. As “parcerias” são as ligações entre os profissionais, entre os serviços de saúde e assistência social. Já os “encaminhamentos” são documentos que mediam a referência, a direção das pessoas no sistema de saúde. Estes estão embasados nos diagnósticos médicos que direcionam as pessoas a buscar atendimentos nos serviços de saúde.

Fora das instituições do sistema de saúde, a usuária voltou a morar com a família, numa casa no alto de uma comunidade. Na casa da família, seus parentes, filiados a igrejas evangélicas, afirmavam que a usuária precisava ser “libertada”, assim o transtorno mental não era considerado uma doença, mas uma “possessão demoníaca” que teria seu fim com a “conversão”. A Hanseníase era motivo de medo e apreensão de todos de modo que alguns membros da família chegaram a taxar a usuária de “leprosa”, devido suas compreensões religiosas acerca da doença e seu estigma. O cuidado da família combinava religião e as regras de uma convivência familiar. Família e religião compuseram o itinerário terapêutico da usuária pondo em evidência a complexidade das práticas de cuidado em saúde combinando sistemas diferentes de tratamento e cura, religioso e biomédico (DUARTE, 2003).

Esse emaranhado de ações e agentes combinados em sistemas de prática e simbolismo formaram uma rede, uma teia, que tentava sustentar o cuidado que se julgava necessário à usuária. As metáforas do cuidado (BONET & TAVARES, 2007) se somavam ou se trocavam nos encontros e nas tomadas de

decisão, onde os agentes, inclusive a usuária, pactuavam seus acordos e assim seguiam criando e sustentando uma rede de cuidados.

Foi necessário que a usuária fosse internada em um hospital psiquiátrico; passasse a constituir um “caso clínico” num serviço especializado em saúde mental para que recebesse os cuidados urgentes à sua saúde. Justo no momento em que foi encaminhada aos serviços da rede de saúde para continuar seu tratamento para hanseníase foi diagnosticada com esquizofrenia paranoide o que passou a ser o maior empecilho para o agendamento das consultas e atendimentos na clínica da família e policlínica.

O itinerário terapêutico revela a lógica que os profissionais seguem ao acionar a “rede” e “parcerias” no cuidado aos usuários. A clínica da família que se configura como serviço estratégico para atenção à saúde foi preterida pelos profissionais do hospital psiquiátrico e só recebeu o “caso” quando a policlínica redireciona a referência expressa no “encaminhamento”. Essa sequência parece estar na contramão das ordenações do sistema, porém revelam a preocupação dos profissionais com um “caso” que demanda um trabalho especializado que na atenção básica, na clínica da família, “tudo seria mais difícil”.

O acesso à clínica da família foi facilitado quando uma das parentes da usuária mencionou hanseníase à equipe, no mesmo dia em que tinha sido dificultado quando foi considerada “da psiquiatria”, ou seja, mais uma vez ser considerado paciente psiquiátrico era um empecilho para ser recebido nos serviços que formavam a rede de saúde e não exclusivamente de saúde mental. Entretanto, quando o foco era no tratamento da comorbidade clínica e não do transtorno mental, tanto a policlínica quanto a clínica da família acolheram e acompanharam a usuária, embora a intensificação de conflitos entre a usuária e seus parentes tenha apontando para problemas que nem mesmo a colaboração do NASF veio ajudar.

O acolhimento e o acesso aos serviços de saúde estiveram condicionados a duas normatizações: a comprovação de endereço, onde se poderia provar que se mora na “área” de adstrição da policlínica; na clínica da família a

obrigatoriedade do “cadastramento” parecia restringir a possibilidade do atendimento.

Na policlínica o comprovante de endereço colocou a usuária e a família numa sequência de atendimentos marcados pelo descompromisso, num trajeto interno ao prédio onde os profissionais os passavam de porta a porta até que chegaram ao fundo, onde já desanimados foram atendidos. Na clínica da família, o guichê intitulado de “acolhimento” formava o balcão onde somente os usuários “cadastrados” eram recebidos. Entre o acesso aos serviços de saúde e os balcões de atendimento, o acolhimento se configurou mais como uma postura presa às normatizações da “regionalização” e do “cadastro” que ao “tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo” (PINHEIRO *et al*, 2005).

Os profissionais de saúde por sua vez focavam no tratamento da hanseníase, no processo reabilitador e já nos últimos trajetos do itinerário terapêutico buscaram um serviço especializado para ajudar a família e a usuária a lidar com os conflitos advindos da convivência. Reencaminharam a usuária ao hospital psiquiátrico na tentativa de garantir a continuidade dos tratamentos clínico e psiquiátrico.

De volta ao hospital psiquiátrico o reencontro entre profissionais, a usuária e família colocou em cena a noção de “crise”. Os profissionais pareceram seguir a noção biomédica onde a crise está ligada a uma emergência, um risco eminente para si e para outros, dessa forma o momento em que se dá atenção à pessoa em crise pode ser identificado como o ponto de máxima simplificação de uma relação onde, por um lado, o sujeito que está por se mostrar-se já fez, progressivamente, uma simplificação e reduziu a um sintoma a complexidade de sua existência de sofrimento e, por outro lado o serviço, equipou-se de modo especular para perceber e reconhecer oferecendo-se como modelo de simplificação – o próprio sintoma (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991). Sem estar “em crise”, conforme a avaliação dos profissionais do hospital psiquiátrico, a usuária simplifica seu pedido: “Quero ser internada!”, uma forma de expressar sua necessidade de afastamento da família que por sua vez também não a queria mais na casa. Acolher o pedido da usuária e atender sua “crise” esteve condicionado à

emergência de sintomas e risco, e por isso ela não poderia ser internada e deveria “ter calma e paciência” para continuar convivendo com a família.

Diante dessa sequência de acontecimentos, verificou-se que a família não se sentia preparada para receber e cuidar do familiar no ambiente familiar; não foi orientada pelos profissionais de saúde, de forma que pudesse expor livremente todos os seus problemas e mostra-se segura para enfrentar situações complicadas, advindas da convivência com o portador do sofrimento psíquico. Em virtude disso, vê-se como desafio ao cuidado integral a essas pessoas que os profissionais de saúde, incluam a família no cuidado à pessoa com transtorno mental, conheça e valorize as possíveis sobrecargas existentes na família e estabeleça estratégias para diminuí-las bem como suas diferentes maneiras de lidar e entender os adoecimentos (GOMES; MELLO, 2012).

O conceito de rede implica em um processo de construção permanente tanto individual, quanto coletivo. É um sistema aberto, que através do intercâmbio dinâmico entre seus integrantes e de seus integrantes com outros grupos sociais, possibilita a potencialização dos recursos que possuem. As redes sociais são de extrema importância para todos, elas proporcionam a organização da identidade através do olhar e das ações de outras pessoas. A rede de relações que oferece suporte a uma pessoa na sociedade não se restringe à família, mas incluem todos os vínculos interpessoais significativos do sujeito: amigos, relações de trabalho, na comunidade (MELMAN, 2006).

Com o processo da Reforma Psiquiátrica e as novas possibilidades de cuidado para as pessoas com transtornos mentais, a sociedade precisa refletir como se relacionar e cuidar dessas pessoas (SILVA 2009). Algumas vezes velhos modelos são retidos, mas também ocorre a reinvenção de novas formas de ver, tratar, se aproximar, colocar limites, ajudar, se afastar; enfim, de lidar no dia a dia com as pessoas com transtornos mentais que estão a sua volta e que vivenciam diferentes adoecimentos e necessidades.

Nas interações, realizadas com a usuária percebeu-se a importância da escuta, do interesse genuíno e da disponibilidade dos profissionais de saúde, cuidados que, sendo reconhecidos pelo paciente e família, favorecem a

identificação e a abordagem das verdadeiras necessidades da pessoa que necessita de ajuda, favorecendo o relacionamento terapêutico nas práticas de cuidado (OLIVEIRA; FUREGATO, 2012).

Os resultados combinaram com os achados de PAES et al (2010) mostrando a existência de dificuldades das equipes de saúde relativas à percepção das necessidades psíquicas e dos cuidados específicos dos pacientes com comorbidade. Ao passo que o modelo psicossocial preconizado pela Reforma Psiquiátrica enfatiza a promoção da integralidade e integração dos cuidados. Compreende-se, assim, que o cuidado deve abranger a multidimensionalidade humana pela integração das várias formas de cuidar pelos diferentes profissionais de saúde focado nas necessidades da pessoa e família:

Até poucas décadas, a assistência à saúde no Brasil tinha seus espaços nosográficos bem delimitados: o hospital geral para doentes do corpo e o hospício para os da mente. Porém, com a Reforma Psiquiátrica ampliou-se a ênfase na possibilidade de os pacientes com transtorno mental receberem tratamento para as necessidades físicas e psíquicas nos serviços comunitários de saúde junto a suas famílias e comunidade. Todavia, percebeu-se a tendência de os profissionais de saúde se voltar ao atendimento das necessidades físicas com pouca atenção ou, em casos mais extremos, deixarem de abordar os aspectos psíquicos e emocionais da usuária. Mostra-se assim a necessidade de integração dos diferentes serviços de saúde, em especial os de atenção básica em saúde e os serviços especializados em saúde mental para além dos protocolos (NUNES *et al*,2007).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O itinerário terapêutico seguido pela usuária e família revelou que ainda são grandes as dificuldades dos profissionais de saúde em oferecer cuidado aos portadores de transtorno mental em situação de comorbidade.

No que se refere aos profissionais de saúde as dificuldades e desafios foram evidentes na tendência de focar no tratamento da comorbidade ou apenas

no transtorno mental; comunicação ineficiente entre os profissionais, pacientes e familiares; falta de avaliação e monitoramento da comorbidade bem como o desconhecimento sobre ela; equipes despreparadas para o atendimento as queixas físicas que foram, em algumas vezes, consideradas como sintomas do transtorno mental. Coadunam-se a este quadro os profissionais de outras especialidades que tenderam a estigmatizar a usuária com transtorno mental mostrando-se despreparados para lidar e atender essas pessoas em serviços de assistência geral.

O atendimento a pessoa portadora de transtorno mental em situação de comorbidade clínica deve permitir o contato e acolhimento, apresentando respostas que não tenham somente como foco as doenças. O desafio que se coloca é romper com a visão linear para as ações de saúde e abarcar uma gama plural de profissionais cujas práticas exigem que a pessoa seja escutada. Na organização dos serviços o acesso e a igualdade no atendimento são diretrizes constitucionais e valores políticos a serem defendidos no SUS. Para tanto não basta a criação de unidades assistenciais especializadas ou um “matriciamento” das ações básicas de saúde, mas sim a ruptura com uma cultura psiquiátrica que separa em diagnósticos e doenças o sofrimento e demandas das pessoas.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, Manuela. Genograma e Ecomapa. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, [S.l.], v. 23, n. 3, p. 327-30, maio 2007. ISSN 2182-5181.

Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10366> Acesso em: 19 nov. 2019.

ALVES, Paulo César. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, set. 1993. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300014&lng=en&nrm=iso Acesso em 19/11/2019.

ANGROSINO, Michael. *Etnografia e Observação Participante*. Tradução José Fonseca; Porto Alegre: Artmed, 2009.

ASSIS, Aisllan Diego de. “*Viver livremente*”: trajetos e passagens de uma fuga do cuidado. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. 201p.

BELLATO, Roseney; ARAÚJO, Laura Filomena Santos; FARIA, Ana Paula Silva de; COSTA, Aldenan Lima Ribeiro Correa da; MARUYAMA, Sonia Ayako Tao. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica* / Roseni Pinheiro, Paulo Henrique Novaes Martins (Orgs.). Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p 187-194.

BIEHL, João Guilherme. *Vita: life in a zone of abandonment*; photographs by Torben Eskerod. Berkeley; Los Angeles: University of California Press, 2005.

BONAVITA, V.; DE SIMONE, R. Towards a definition of comorbidity in the light of clinical complexity. *Neurol Sci* (2008) 29:S99–S102. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10072-008-0898-1> Acesso 18/11/2019.

BONET, Octávio Andres Ramon; TAVARES, Fátima Regina Gomes. “O Cuidado como Metáfora nas redes da prática terapêutica”. In: Roseni Pinheiro; Ruben Araujo de Mattos. (Org.). *Razões Públicas para a Integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS UERJ-ABRASCO, 2007, v., p. 263-277.

COSTA, Aldenan Lima Ribeiro Côrrea da Costa; FIGUEIREDO, Damaris Leonel Brito; MEDEIROS, Luzia Helena Lopes de; MATTOS, Magda de; MARUYAMA, Sonia Ayako Tao. O percurso na construção dos itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado. In: *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica* / Roseni Pinheiro, Paulo Henrique Novaes Martins, organizadores. – Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p 195-202.

DALMOLIN, Bernadete M. *Esperança Equilibrista*: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DELL’ACQUA, Giuseppe; MEZZINA, Roberto. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico. In: Jaques Delgado. (Org. Trad.) *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Ed. Resenha, 1991.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 173-183, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100013&lng=en&nrm=iso Acesso em 19/11/2019.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100019&lng=en&nrm=iso Acesso em 19/11/2019.

GOMES, Fabiano Alves (org.) *Comorbidades clínicas e Psiquiatria*. São Paulo: Atheneu, 2012.

GOMES, Mariana Silva; MELLO, Rosâne. Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: enfermagem construindo o cuidado à família. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 2-8, abr. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000100002 Acesso em 19/11/2019.

INGOLD, Tim. Trazendo as coisas de volta à vida: emaranhados criativos num mundo de materiais. *Horiz. antropol.*, Porto Alegre, v. 18, n. 37, p. 25-44, Jun 2012 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832012000100002&lng=en&nrm=iso Acesso em 19/11/2019.

KEUSEN, Alexandre; CARVALHO, Andréa da Luz. A construção de um serviço de base territorial: a experiência do Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79, 2008, p. 161-171. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773016.pdf> Acesso em 19/11/2019.

MELMAN, Jonas. *Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. 2ª Ed. São Paulo: Escrituras; 2006.

NASI, Cíntia; CARDOSO, Adriana Serdotte Freitas; SCHNEIDER, Jacó Fernando; OLSCHOWSKY, Agnes; WETZEL, Christine. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Revista Mineira de Enfermagem*, v.13, n.1, p.147-152, 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/174> Acesso em 19/11/2019.

NUNES, Mônica; JUCA, Vlândia Jamile; VALENTIM, Carla Pedra Branca. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, Out. 2007 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000012&lng=en&nrm=iso Acesso em 19/11/2019.

OLIVEIRA, Renata Marques de; FUREGATO, Antônia Regina Ferreira. Relação de ajuda com paciente psiquiátrico: além do paradigma médico. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 87-93, ago. 2012. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000200006&lng=pt&nrm=iso Acesso em 19 nov. 2019.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube; MACHADO, Felipe Rangel S.; GOMES, Rafael da Silveira. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.) *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005, p. 11-32.

PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique (Org). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica* / Roseni Pinheiro, Paulo Henrique Novaes Martins, organizadores. – Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009.

RABELO, Mírian Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

SILVA, Martinho Braga Batista e. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 149-158, fev. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100020&lng=en&nrm=iso Acesso em 19/11/2019.

VETTORE, Mario V, LAMARCA, Gabriela de A. Série Especial Lancet Brasil: um panorama crítico da saúde dos brasileiros [Internet]. Rio de Janeiro: *Portal DSS Brasil*; 2011 Jul 13. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/2011/07/serie-especial-os-brasileiros/> Acesso em 19/11/2019.