Revista Difusão
ACADÊMICA

AUTONOMIA, CRIATIVIDADE E ATENÇÃO À CRISE EM SAÚDE MENTAL:
REFLEXÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM UM CAPS

AUTONOMY, CREATIVITY, AND MENTAL HEALTH CRISIS CARE:
REFLECTIONS BASED ON THE EXPERIENCE OF A MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY AT A CAPS

Francine Melo Rosa Alves de Santana[1]
Monique Araújo de Medeiros Brito[2]
Priscila Coimbra Rocha[3]
Adelly Rosa Orselli Moraes[4]

RESUMO

Este artigo apresenta reflexões construídas a partir da experiência de uma equipe de residentes multiprofissionais em Saúde Coletiva, com área de concentração em Saúde Mental, durante sua inserção em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Discutem-se duas frentes de trabalho desenvolvidas ao longo da residência, um espaço de convivência voltado à criatividade e à socialização, e um grupo de construção de projetos de vida ancorado nos conceitos de autonomia e *empowerment*, além de um relato de caso sobre atenção à crise em saúde mental, discutido a partir do conceito de vínculo e de cuidado territorial. O texto articula essas experiências práticas a um referencial teórico que dialoga com a Reforma Psiquiátrica, a Promoção da Saúde e a clínica ampliada, defendendo que a produção de saúde mental se realiza tanto nos espaços institucionais quanto no território, por meio de dispositivos que apostam na potência e não apenas no déficit dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Palavras-chave: saúde mental; atenção psicossocial; autonomia; criatividade; atenção à crise.

[1] Assistente social, mestra em Serviço Social (UFS), sanitarista, especialista em Saúde Mental (ISC/UFBA). E-mail: francine_melo@yahoo.com.br. ORCID: https://orcid.org/0009-0002-8828-9752.
[2] Psicóloga, doutora em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), mestra em Saúde Comunitária e sanitarista, especialista em Saúde Mental (ISC/UFBA), professora na Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: moniqueamb@id.uff.br. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7441-3869.
[3] Enfermeira, doutora em Saúde Coletiva (ISC/UFBA), mestre em Saúde Coletiva (UFMA), sanitarista, especialista em Saúde Mental (ISC/UFBA), professora da Universidade Federal da Bahia. E-mail: priscila.coimbra@ufba.br. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5958-1602.
[4] Terapeuta ocupacional, sanitarista, especialista em Saúde Mental (ISC/UFBA). E-mail: adelly77@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0008-5624-2056.

ABSTRACT

This article presents reflections based on the experience of a team of multiprofessional residents in Public Health—specializing in Mental Health—during their placement at a Psychosocial Care Center (CAPS). It discusses two work initiatives developed during the residency: a social space focused on creativity and socialization, and a group dedicated to building life projects grounded in the concepts of autonomy and empowerment. Additionally, it presents a case study on mental health crisis care, analyzed through the concepts of therapeutic bonding and territorial care. The text links these practical experiences to a theoretical framework drawing on Psychiatric Reform, Health Promotion, and the "expanded clinical approach," arguing that mental health is fostered both within institutional settings and in the community, through interventions that focus on the potential—rather than merely the deficits—of individuals experiencing psychological distress.

Keywords: mental health; psychosocial care; autonomy; creativity; crisis care.

1 INTRODUÇÃO

A experiência de uma equipe de residentes multiprofissionais em Saúde Coletiva, com área de concentração em Saúde Mental, inserida em um Centro de Atenção Psicossocial, produz um tipo de conhecimento que dificilmente se constrói fora do cotidiano do serviço, pois é na convivência diária com os usuários, com a equipe técnica e com as tensões próprias de uma instituição de saúde mental que a teoria aprendida na formação acadêmica encontra, ou às vezes não encontra, correspondência com a prática. Este artigo nasce dessa experiência e organiza, de forma sistematizada, duas frentes de trabalho desenvolvidas por uma equipe de residentes ao longo de um semestre de atuação em um CAPS, além de um relato de caso sobre atenção à crise em saúde mental.

A primeira frente discutida é a de um espaço de convivência voltado à socialização e à expressão criativa dos usuários, pensado como alternativa aos espaços terapêuticos mais tradicionais e estruturados. A segunda é a de um grupo de construção de projetos de vida, dirigido a usuários com potencial de autonomia e com vínculo excessivamente cronificado ao serviço, ancorado teoricamente nos conceitos de autonomia, *empowerment* e promoção da saúde. Por fim, apresenta-se um relato de caso que discute a atenção à crise em saúde mental a partir do acompanhamento territorial de um usuário em sofrimento psíquico grave, buscando evidenciar como o vínculo construído no território pode se tornar o principal recurso terapêutico diante da crise, mais até do que a própria estrutura física da instituição

Na sequência, o texto situa o funcionamento do serviço que serviu de campo de prática, especialmente os dispositivos de acolhimento e de técnico de referência, para então discutir o referencial teórico da autonomia e do *empowerment* como eixos da promoção da saúde. Depois, aborda a criatividade como dispositivo de cuidado nos espaços de convivência em saúde mental, apresenta o relato de caso sobre atenção à crise e, por fim, tece as considerações finais.

2 O CAPS COMO DISPOSITIVO TERRITORIAL: ACOLHIMENTO E TÉCNICO DE REFERÊNCIA

Antes de discutir os dois eixos teóricos que sustentam este artigo, cabe situar brevemente o funcionamento do serviço que serviu de campo de prática na medida em que os dispositivos institucionais de entrada e acompanhamento longitudinal do usuário condicionam diretamente a possibilidade de construção de vínculo, tanto no espaço de convivência quanto no acompanhamento de crises discutido mais adiante.

O acolhimento constitui o primeiro contato entre o usuário que chega ao serviço, seja por demanda espontânea, seja por encaminhamento externo, e um técnico de qualquer categoria profissional de nível superior, sem que existam pré-requisitos formais para esse primeiro atendimento. Segundo Abês e Rollo (2006), o acolhimento expressa uma ação de aproximação, um estar com e um estar perto, configurando-se como uma das diretrizes de maior relevância ética, estética e política da Política Nacional de Humanização do SUS. Ética, no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro em suas diferenças, dores e modos próprios de estar na vida, estética, porque inventa estratégias cotidianas que contribuem para a dignificação do viver, e política, porque implica o compromisso coletivo de envolver-se nesse estar com, potencializando protagonismos nos diferentes encontros institucionais.

A partir do acolhimento inicial, o usuário pode passar por um re-acolhimento, quando é necessário obter informações adicionais ou reavaliar seu desejo de aderir ao tratamento, ou seguir diretamente para uma primeira entrevista mais detalhada, na qual se conhece a história de vida do sujeito e se define acordos com a modalidade de cuidado considerada apropriada, seu PTS - Plano Terapêutico Singular. É geralmente esse primeiro profissional que se torna, a partir de então, o técnico de referência do usuário, responsável por monitorar junto com ele o andamento de seu projeto terapêutico, redefinindo atividades e frequência de participação no serviço, mantendo contato com a família e avaliando periodicamente as metas traçadas, sempre em diálogo com o restante da equipe técnica (Brasil, 2004).

Essa função de referência não se configura, no entanto, como responsabilidade isolada de um único profissional, mas se sustenta na interlocução constante com a equipe multiprofissional nas reuniões técnicas, espaço semanal de discussão de casos clínicos que, apesar das oscilações de participação típicas de qualquer coletivo de trabalho, permanece um dos principais dispositivos de construção compartilhada do cuidado. É justamente nesse arranjo entre acolhimento inicial, técnico de referência e discussão coletiva em equipe que se ancoram tanto a possibilidade de sustentar, no território, o acompanhamento de crises como a discutida na quarta seção deste artigo, quanto a construção de propostas coletivas como o espaço de convivência e o grupo de projetos de vida, discutidos a seguir.

3 AUTONOMIA, *EMPOWERMENT* E PROMOÇÃO DA SAÚDE: FUNDAMENTOS DO TRABALHO COM PROJETOS DE VIDA

Um dos problemas institucionais frequentemente observados em Centros de Atenção Psicossocial é a permanência prolongada de usuários que já não se beneficiam plenamente das atividades oferecidas, seja porque seu Plano Terapêutico Individual já deveria ter sido revisto, seja porque persiste uma vinculação excessiva ao espaço institucional que não corresponde mais à real necessidade clínica daquele sujeito. Essa permanência, por vezes, é reforçada por questões objetivas, como o receio de que a alta ou a redução da frequência ao serviço comprometa o acesso a benefícios sociais, o que evidencia como aspectos clínicos e aspectos de proteção social se entrelaçam no cotidiano da atenção psicossocial.

Foi a partir dessa constatação que se desenhou um grupo voltado à construção de projetos de vida, destinado a usuários com interesse e estrutura psíquica para elaborar e executar um projeto pessoal de existência para além do serviço, com o objetivo geral de possibilitar a construção de projetos de vida autônomos, favorecendo a vinculação desses usuários com outros equipamentos sociais e serviços de saúde, e não apenas com o CAPS.

Essa proposta se sustenta na concepção de Westphal (2006) sobre a produção social dos processos de saúde e doença, que reconhece sua multicausalidade

biológica, social, política e econômica. Nessa perspectiva, denominada pela autora de socioambiental, a promoção da saúde exige iniciativas ampliadas que ultrapassem os limites do próprio setor saúde, configurando-se como prática emancipatória e imperativo ético, centrada no usuário e voltada à realização de suas aspirações e ao atendimento de suas necessidades, por meio de estratégias como a promoção de espaços saudáveis, o empoderamento da população e o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos.

Nesse processo de produção social da saúde, entendido como transformador tanto dos sujeitos quanto do mundo que os cerca, autores como Pilon e Russel, citados por Westphal (2006), compreendem a saúde não como um objetivo a ser alcançado, mas como uma ferramenta para o desenvolvimento da própria vida, o que desloca o centro da intervenção das potencialidades individuais e socioculturais dos sujeitos, e não apenas de seus déficits ou diagnósticos. É justamente essa redescoberta e valorização das potencialidades dos usuários, somada à busca por novos recursos individuais e coletivos, que constitui a força motriz do trabalho com projetos de vida.

O fortalecimento da autonomia e do *empowerment* dos usuários é, nesse sentido, tanto objetivo primordial quanto condição impulsionadora do processo, características que Campos e Campos (2006) e Carvalho (2004) apontam como centrais para a produção de saúde. Campos e Campos (2006) propõem que a autonomia seja compreendida ao mesmo tempo como alvo almejado e como meio para as próprias intervenções em saúde, estimulada pelo exercício prático da ação e da palavra, buscando o desenvolvimento do sentimento de identidade individual e de pertencimento coletivo, além da responsabilização, nunca da culpabilização, dos sujeitos envolvidos. Os autores são explícitos ao afirmar que a coprodução de maiores coeficientes de autonomia depende do acesso dos sujeitos à informação e, mais do que isso, de sua capacidade de produzir conhecimento em exercício crítico de interpretação, de modo que o sujeito autônomo é, simultaneamente, sujeito da reflexão e sujeito da ação sobre o mundo.

Carvalho (2004), por sua vez, discute o conceito de *empowerment* tanto em sua dimensão individual, ligada à experiência pessoal de cada sujeito e ao

fortalecimento de sentimentos de autoestima e autoconfiança por meio de ressignificações subjetivas, quanto em sua dimensão comunitária, ligada ao desenvolvimento da consciência crítica, à ampliação da participação social cidadã e à instrumentalização dos sujeitos para intervir sobre sua própria realidade. É nesse duplo sentido que o grupo de projetos de vida se compromete a ser um espaço de *empowerment*, ao propor aos usuários o agenciamento do enfrentamento de seus próprios problemas e da reconstrução de sua existência, em uma perspectiva que o próprio Carvalho (2004) chama de reapropriação do sujeito sobre seu próprio destino.

Metodologicamente, o diálogo foi assumido como principal estratégia de intervenção do grupo, não como técnica para produzir resultados predeterminados junto aos usuários, mas como parte da própria natureza histórica dos seres humanos, conforme discutido por Freire e Shor (2003), instrumento pelo qual os sujeitos se encontram para construir e refletir coletivamente sobre sua realidade. Essa opção metodológica exigiu da equipe uma vigilância constante sobre a própria ansiedade institucional por resultados rápidos e palpáveis, reconhecendo que qualquer projeto de vida seria tão mais efetivo quanto maior fosse a participação ativa do próprio sujeito em sua construção.

4 CRIATIVIDADE E ESPAÇOS DE CONVIVÊNCIA COMO DISPOSITIVO CLÍNICO EM SAÚDE MENTAL

Paralelamente ao trabalho com projetos de vida, desenvolveu-se um espaço de convivência pensado a partir de uma tendência da clínica contemporânea em saúde mental que Galletti (2004) identifica como o deslocamento progressivo de espaços terapêuticos tradicionais em direção a espaços de socialização, entendidos como lugares de encontro entre pessoas, com suas experiências e desejos próprios, que possibilitam tanto o encontro com o que há de singular em cada sujeito quanto com aquilo que pode ser produzido coletivamente.

A proposta desse espaço não era a de ser terapêutico no sentido mais tradicional e restrito do termo, associado à cura e à necessidade de apresentar resultados concretos de melhora clínica mensurável, mas a de funcionar como o que

Galletti (2004) chama de intercessor clínico, um dispositivo com capacidade de mediar e agenciar encontros entre pessoas e entre pessoas e suas próprias experiências subjetivas. Nas palavras da autora, trata-se de encontrar modos de produção que singularizem existências, que permitam o surgimento de processos criativos e que, fundamentalmente, legitimem a pluralidade da vida.

A opção por trabalhar com a criatividade como eixo central desse espaço se ancora também na perspectiva de Winnicott (1975), para quem o potencial criativo é inato ao ser humano e se manifesta no relacionamento do indivíduo com o mundo, sendo o principal responsável pelo sentimento de que a vida é significativa e vale a pena ser vivida. Para o autor, o desenvolvimento humano está intimamente associado ao desenvolvimento do potencial criativo, que se dá em paralelo ao próprio desenvolvimento emocional do sujeito, o que reforça por que apostar na capacidade criadora de usuários em sofrimento psíquico grave não é ingenuidade terapêutica, mas reconhecimento de uma dimensão constitutiva da experiência humana que muitas vezes permanece silenciada pela cronicidade institucional.

Esse espaço de convivência foi concebido, ainda, como estratégia de promoção da saúde, no sentido de otimizar a permanência dos usuários no serviço, promovendo qualidade e potência de vida, mas também de se estender para além dos muros institucionais, valorizando espaços públicos de convivência e de produção de saúde no próprio território. Trata-se de um espaço que se define, em certo sentido, pelo convite ao entre, entre muitos sujeitos, em contato consigo e com os outros, o que dialoga diretamente com a formulação da Política Nacional de Humanização, ao propor um espaço potencializador de articulação entre sujeito e coletivo, entre público e privado, entre clínica e política, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo de saúde e adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem (Brasil, 2007).

Na avaliação da implementação dessa proposta, observou-se que o espaço de convivência conseguiu, dentro do possível, se configurar como um encontro acolhedor e alegre, aberto inclusive a usuários que estavam entrando no serviço pela primeira vez, incentivando expressões livres e coletivas por meio da dança, da pintura e de jogos, e permitindo a retomada de instrumentos musicais que antes

permaneciam guardados, favorecendo a integração do grupo e o compartilhamento de ideias. A principal dificuldade enfrentada foi justamente a de expandir essas atividades para além dos muros da instituição, como visitas a espaços ligados à arte ou caminhadas pela comunidade, o que revela como a própria força centrípeta da instituição tende a atrair os profissionais cada vez mais para o trabalho interno, em detrimento da aposta no território como espaço de cuidado.

5 ATENÇÃO À CRISE EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE CASO

Para discutir concretamente como esses princípios de autonomia, vínculo e cuidado territorial se traduzem diante de uma situação de crise psíquica aguda, apresenta-se a seguir um relato de caso acompanhado pela equipe de residentes, com identificação do usuário substituída por iniciais fictícias em respeito ao sigilo profissional.

Foucault (2004), em sua obra sobre a história da loucura, já apontava que o próprio conceito de loucura e o de crise são construções culturais, moldadas de acordo com o contexto político e social em que se inserem, o que implica que as práticas e abordagens clínicas também se transformam à medida que esse cenário se modifica. Neste artigo, a crise é compreendida como fato histórico, de sofrimento intenso na vida dos sujeitos, expressão de suas necessidades existenciais e apelo à superação de suas dificuldades, o que remete à noção de cuidado discutida por Prata (2004), para quem cuidar representa conviver com a explosão das pulsões e com situações dramáticas e conflitos intermináveis. Para oferecer um cuidado dessa natureza, a autora ressalta a importância de instituições suficientemente fortes para acolher a crise com todo o seu potencial desorganizador, mas ao mesmo tempo flexíveis e plurais, capazes de se reinventar cotidianamente.

Na atenção à crise, ações criativas devem perpassar a disponibilidade da equipe para intercâmbios e interações com os usuários e entre seus próprios membros, o desenvolvimento da cumplicidade e da confiança como atos terapêuticos em si mesmos, e a tomada de responsabilidade coletiva pela equipe, assumindo a complexidade das demandas e articulando redes de cuidado e apoio (Dell'acqua;

Mezzina, 1991; Nicácio; Campos, 2004). Dell'Acqua e Mezzina (2005) destacam ainda a importância de a equipe se dispor a ir ao encontro do paciente onde a crise se manifesta, como estratégia de vinculação tanto com o usuário quanto com sua família, seus vizinhos e a comunidade em geral, evitando impactos traumáticos e desdramatizando os conteúdos da crise.

S.T., usuário do CAPS acompanhado pela equipe de residentes, chegava ao serviço após um longo histórico de sofrimento psíquico, negligência e sucessivas internações psiquiátricas, com diagnóstico de esquizofrenia e delírio persistente relacionado à crença de ter ganhado na loteria e de não ter sido devidamente ressarcido. Sua trajetória, reconstruída a partir do prontuário e do encontro com a família, revelava rupturas de vínculo importantes desde a adolescência, incluindo o distanciamento do pai e o afastamento da própria filha após um episódio de crise, além de mais de uma década de idas e vindas entre hospitais psiquiátricos e serviços substitutivos sem que se estabelecesse um cuidado territorial contínuo.

O primeiro contato da equipe com S.T. ocorreu por ocasião de sua alta de uma internação psiquiátrica, com o objetivo de inseri-lo no CAPS, e, contrariamente ao que se imaginava, revelou-se um encontro harmônico e produtivo. No entanto, já no dia seguinte a esse primeiro contato, a mãe do usuário procurou o serviço relatando agressão física, o que levou a equipe a realizar uma visita domiciliar durante a qual o próprio S.T. entrou em um estado de intensa agitação, associado ao delírio sobre o bilhete premiado, chegando a proferir ameaças. Diante dessa situação, a equipe optou por manter a cautela, sem recuar da relação estabelecida, negociando alternativas até que fosse possível conduzi-lo a atendimento em unidade de emergência, de onde recebeu alta já no dia seguinte.

A partir desse episódio, o caso passou a ser discutido sistematicamente nas reuniões técnicas, e a equipe intensificou o cuidado por meio de atendimentos domiciliares regulares, o que permitiu constatar que, mesmo após a crise, o vínculo com os profissionais já havia sido estabelecido e era ativamente buscado pelo próprio usuário. O trabalho passou a se orientar tanto para a inserção progressiva de S.T. nas atividades do CAPS, incluindo jogos coletivos que inicialmente mobilizavam conflitos de convivência e, aos poucos, deram lugar a gestos de solidariedade, quanto

para a reconstrução de sua rede de apoio no território, envolvendo conversas com familiares, vizinhos e até com comerciantes locais que haviam sido, no passado, alvo de suas ameaças durante episódios de crise.

Ao longo de aproximadamente quatro meses de acompanhamento intensivo, S.T. passou a relatar com mais frequência sua história de vida e o desejo de reencontrar a filha, de quem estava afastado havia anos, e de retomar os estudos como alternativa concreta ao delírio relacionado ao jogo. A equipe acompanhou-o na busca por informações sobre matrícula escolar e, posteriormente, colaborou na aproximação cautelosa com a família da ex-companheira, viabilizando um reencontro entre pai e filha depois de mais de uma década de afastamento.

A discussão desse caso permite retomar a formulação de Dell'Acqua e Mezzina (2004), segundo a qual a resposta à crise em um serviço territorial deve estar voltada, preferencialmente, a colocar o usuário em contato com um sistema de relações e de recursos humanos e materiais, e não apenas a conter ou suprimir a manifestação aguda do sofrimento. Costa (2007) acrescenta que esse tipo de abordagem territorial abre a possibilidade de o próprio sujeito desenvolver, ao longo do tempo, certa autonomia no manejo de sua própria crise. O vínculo construído com S.T., entendido aqui como relação de confiança e compromisso mútuo, mostrou-se justamente o dispositivo central que permitiu contornar sucessivos episódios de desorganização psíquica sem recorrer novamente à internação, sustentando a crise no território, junto à família e aos profissionais que o acompanhavam, e não isolando-a em instituições fechadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência sistematizada neste artigo evidencia que a produção de saúde mental não se limita às atividades formalmente estruturadas dentro dos muros de um CAPS, mas se realiza também, e talvez sobretudo, nos espaços de convivência que apostam na criatividade dos sujeitos e no acompanhamento territorial que sustenta o vínculo mesmo diante da crise. O trabalho com projetos de vida e o espaço de convivência aqui discutidos partem de um mesmo pressuposto, o de que a autonomia

e o *empowerment* dos usuários são simultaneamente objetivo e ferramenta do cuidado em saúde mental, e não um horizonte distante a ser alcançado apenas quando a doença estiver superada.

O relato de caso reforça, por sua vez, que a atenção à crise exige da equipe de saúde mental a disposição para ir ao encontro do sofrimento onde ele se manifesta, no domicílio, na rua, na relação com vizinhos e comerciantes, e não apenas dentro do espaço protegido da instituição. O vínculo construído ao longo do tempo revelou-se, nesse percurso, mais determinante para a superação de sucessivas crises do que qualquer estrutura física ou protocolo isolado, o que reforça o compromisso ético, estético e político da Reforma Psiquiátrica com um cuidado que aposta na potência dos sujeitos e não apenas no controle de seus sintomas. Ainda que esse tipo de trabalho territorial e vinculado permaneça um desafio cotidiano diante das limitações institucionais reais, permanece também o desejo de que essa prática deixe de ser exceção inovadora e passe, progressivamente, a ser rotina no cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

ABÊS, S. S.; ROLLO, A. A. Acolhimento e reabilitação psicossocial: sobre o cuidado em saúde mental. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 669-688.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de promoção da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004.

COSTA, N. R. **A atenção à crise em serviços territoriais de saúde mental**. 2007.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. **Resposta à crise**: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. 1991.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. **Diagnóstico e emergência**: estratégias e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. 2005.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e ousadia**: o cotidiano do professor. 10. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

GALLETTI, M. C. **Oficinas em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?** Uma reflexão sobre o dispositivo. São Paulo: Vetor, 2004.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. **A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental**. 2004.

PRATA, D. **A construção do cuidado em saúde mental**. 2004.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 635-667.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.