



**A IMPORTÂNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE
FRENTE AOS DESAFIOS ATUAIS
III CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DA UFSCAR
II CONGRESSO INTERNACIONAL UNIVERSIDADE E
RAPS**

LIVRO DE MEMÓRIAS

VOLUME 1



Autores:

Maycon Leandro da Conceição
Gustavo Emanuel Cerqueira Menezes Junior
Taís Bleicher
Simone Peixoto Conejo



A IMPORTÂNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE
FRENTE AOS DESAFIOS ATUAIS
III CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DA UFSCAR
II CONGRESSO INTERNACIONAL UNIVERSIDADE E
RAPS

LIVRO DE MEMÓRIAS

VOLUME 1



Autores:

Maycon Leandro da Conceição
Gustavo Emanuel Cerqueira Menezes Junior
Taís Bleicher
Simone Peixoto Conejo

Editora Omnis Scientia

**A IMPORTÂNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE FRENTE AOS
DESAFIOS ATUAIS**

III CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DA UFSCAR

II CONGRESSO INTERNACIONAL UNIVERSIDADE E RAPS

LIVRO DE MEMÓRIAS

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2022

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Autores

Maycon Leandro da Conceição

Gustavo Emanuel Cerqueira Menezes Junior

Taís Bleicher

Simone Peixoto Conejo

Conselho Editorial

Dr. Cássio Brancalone

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Canva

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.



Universidade Federal de São Carlos

Rod. Washington Luís km 235 - SP-310 - São Carlos

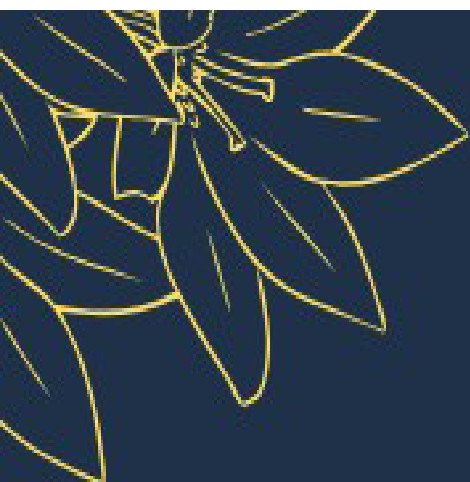
CEP 13565-905 <https://www2.ufscar.br>

A importância da interdisciplinaridade frente aos desafios atuais

III Congresso de Saúde Mental da UFSCar

II Congresso Internacional Universidade e RAPS

Livro de memórias



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial
Bibliotecária: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

- I34 A importância da interdisciplinaridade frente aos desafios atuais : volume 1 [recurso eletrônico] / Maycon Leandro da Conceição ... [et al.]. — 1. ed. — Triunfo : Omnis Scientia, 2022.
Dados eletrônicos (pdf).
- “Este livro é resultado do III Congresso de Saúde Mental da UFSCar, II Congresso Internacional Universidade e RAPS e do I Congresso Mirim de Saúde Mental da UFSCar, realizado em São Carlos-SP em outubro de 2019.”
Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5854-688-7
DOI: 10.47094/978-65-5854-688-7
1. Saúde mental - Congressos - Brasil. 2. Política de saúde mental - Brasil. 3. Doenças mentais - Psicologia. I. Conceição, Maycon Leandro da. II. Menezes Junior, Gustavo Emanuel Cerqueira. III. Bleicher Taís. IV. Conejo, Simone Peixoto. V. Título. CDD22: 362.20981

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

NO CERRADO CRESCE UMA FLOR DA FRUTA DO LOBO

Jair Barbosa Neto¹

Estamos vivendo em tempos áridos, com poucos investimentos e pouca valorização do trabalho nas universidades e na saúde, nos vemos em uma situação de menos recursos financeiros, materiais e estruturais, esta falta de investimentos faz lembrar muito o cerrado, que é o tipo de vegetação dominante na região de São Carlos, um ambiente árido, com poucos recursos, onde aconteceu o III Congresso de Saúde Mental da UFSCar.

No cerrado existe uma planta chamada fruta do lobo, ou lobeira, que, por si só, é um contrasenso, se pensarmos no arquétipo de lobo, um carnívoro que caça em matilhas.

Como pode existir uma fruta do lobo?

O lobo é o guará, um lobo diferente, onívoro e solitário, que se alimenta desta fruta e vive no cerrado.

A relação entre eles é ainda mais impressionante, o lobo costuma repousar debaixo da sombra desta planta, que geralmente se desenvolve próxima a formigueiros de saúvas, ele se protege do sol forte, e também, costuma, de vez em quando, fazer suas necessidades por ali, nos caminhos das saúvas. As saúvas coletam as sementes da fruta do lobo que são eliminadas nas fezes do guará, e levam para a entrada dos formigueiros, fazendo assim com que a fruta do lobo seja dispersada pelo cerrado e criando mais lugares de repouso para o lobo guará, mas não é aí que as coisas param, a fruta do lobo possui um tipo de antibiótico natural que controla um verme que afeta os rins dele, controlando assim sua doença.

No cerrado os recursos são poucos, muito sol, pouca água, pouca comida, este tipo de relação entre os seres nos traz uma lição para os ambientes áridos: a colaboração e a interdependência. E, apesar de parecer um arbusto sem graça, a lobeira possui uma flor roxa e amarela linda.

O III CSM da UFSCar nos traz este ensinamento o tempo todo: na aridez, temos que nos unir, caminhar juntos e juntas.

Nos textos que os leitores irão encontrar aqui neste e-book podemos perceber como os relacionamentos estão intimamente ligados à saúde mental, percebemos como a saúde mental pode ser construída ou destruída através das relações humanas e como podemos superar os desafios nos tempos áridos. Naquela época não tínhamos pandemia, mas já estávamos discutindo como construir resiliências.

¹ Doutor. Professor do departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos. Contato: jairbneto@ufscar.br

O nascimento do Congresso de Saúde Mental da UFSCar está descrito de uma forma bem interessante e bastante consistente, ao ler este ebook vocês poderão entender como este congresso surgiu e como foi evoluindo ao longo do tempo, inclusive como surgiu e como se desenvolveu um congresso voltado para as crianças, que aconteceu concomitantemente ao congresso para os adultos, facilitando assim a presença das pessoas que têm filhos participarem do congresso e também a atuação em prol da saúde mental das crianças. Temos também reflexões sobre a loucura e a universidade, a cultura da alta performance, a política e sua relação com a clínica psicossocial, a saúde mental dos estudantes nos tempos de ataques às universidades, a universidade como promotora de saúde e as artes como forma de cuidado e inclusão das pessoas. Nossos coletivos se organizam para o cuidado de si e do outro, fechando o ciclo de ajudar a quem me ajuda, assim, vamos levando nossas vidas, construindo e compartilhando resiliências, transformando nossas necessidades em remédios e reciclando nossas energias! A luta continua, caminhando juntos, nos apoiando e dando espaço para o outro passar!

Caminhar / Rima da Caminhada

Compositores: Geovana / Thaíde

“Caminhar

É dar espaço pra outro passar

Caminhar

É ver um sorriso em cada olhar

Eu quero a sua alegria

A sua felicidade e harmonia com os seus

Eu vou bem muito obrigada

Vivo acá com meus botões

Afinal, todos nós somos filhos de Deus

Se não dá para adiantar, meu bem, não atrasa

Se não dá para adiantar, meu bem, não atrasa

Saia dessa zona de conforto

Nesse mundo faz de conta você não é Peter Pan”

INTRODUÇÃO

Maycon Leandro da Conceição²

Este livro é resultado do III Congresso de Saúde Mental da UFSCar: a importância da interdisciplinaridade frente aos desafios atuais; II Congresso Internacional Universidade e RAPS e do I Congresso Mirim de Saúde Mental da UFSCar, realizado no município de São Carlos- SP em outubro de 2019. Os trabalhos apresentados nesta obra foram redigidos exclusivamente para compor esta coletânea, portanto, são produções acadêmicas originais e inéditas. Assim, o objetivo é trazer debates e reflexões do campo da saúde mental (re) produzidas através de um olhar micropolítico, interdisciplinar, baseados em questões atuais e fundamentais sobre o sofrimento mental da comunidade universitária, dos trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial, saúde mental infanto-juvenil, universidade promotora de saúde, negociações políticas, sociais e culturais da clínica psicossocial, cultura da alta performance e movimentos artísticos culturais envolvendo a inclusão de crianças e adolescentes com deficiência.

A área temática de saúde mental, surge entre o final dos anos 1970 e início dos 1980, com a redemocratização no Brasil. Sendo marco importantes por transformações vinculados à luta antiproibicionista, da proteção e atenção psicossocial nas últimas quatro décadas. Tais mudanças institucionais, epistemológicas, técnico-assistenciais, jurídico-políticas e socioculturais, caracterizam-se por um processo complexo, heterogêneo, plural, envolvendo diversos marcos legislativos (Leis, Portarias, Notas Técnicas e Decretos), relação entre sociedade e loucura contemporânea e, especialmente, das lutas de resistências movidas por diferentes atores sociais, como usuários dos serviços de saúde mental, familiares, intelectuais, parlamentares, gestores públicos e nos movimentos sociais. (AMARANTE, 2007).

Durante muitas décadas, o Brasil adotou o campo da saúde mental no viés das moralidades, paradigma do proibicionismo e sob o saber psiquiatrizante, designando-se as pessoas e sofrimento mental ao regime de segregação social. Ao longo do percurso de redemocratização da sociedade e mobilização do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), nos anos de 1980, impulsionaram os ideários do direito à saúde, da atenção integral e da universalidade, articulados ao Movimento Sanitário, consolidando-se com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1992, onde foi operacionalizado o Sistema Único de Saúde.

² Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de São Carlos. Contato : mayconleandro819@gmail.com

Ao longo de vinte anos de implementação da Lei n.º 10.216 de 2001, avançaram iniciativas do modelo biopsicossocial, da expansão de novas práticas do cuidado e asseguradas pela Política Nacional de Saúde Mental, responsável pelas diretrizes de políticas públicas no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como os Centros de Atenção Psicossocial, dentre outros serviços. Tais mudanças, implicaram deslocamentos dos sentidos sobre a biomedicalização, ressignificação da loucura e incorporação de outras formas de promoção da saúde mental, por exemplo, com a participação dos atores da universidade, mobilização dos movimentos artísticos-culturais e compreendidos a defesa dos direitos humanos, justiça social e dignidade humana.

Este e-book também pretende contribuir para o debate tão urgente do campo da saúde mental no atual contexto de enfrentamento à pandemia, decorrido por um novo coronavírus (SARS-CoV-2), ocasionando sofrimento e/ou adoecimento individuais e coletivos, impostos pelo “isolamento preventivo e social”. Portanto, analisar as estratégias de ações do Estado em garantir políticas públicas de saúde pública, fortalecimento do Sistema Único de Saúde, das universidades públicas brasileiras, a partir de diversos assuntos e linguagem acessível aqui retratados, sintetizam a produção e aplicação do conhecimento em saúde para o cuidado de base comunitária e do ensino, capacitação e extensão realizados nas universidades.

Esta obra está constituída em nove capítulos, cada um apresentando dimensões diversificada sobre conceitos, conteúdos e compartilhamento de pesquisas, revisões integrativas, ensaios de imagens e memórias, consideradas relevantes para o cenário regional, nacional e internacional. Ressalta-se que os escritos proporcionam diálogos entre trabalhos inseridos nos eixos norteadores: nas experiências interdisciplinares em Saúde Mental; Desafios atuais em Saúde Mental e sistemas universais de saúde; Saúde Mental na universidade: estudantes, técnicos e docentes; Saúde Mental e grupos vulneráveis.

Isto posto, o primeiro capítulo intitulado “Os Congressos de Saúde Mental da UFSCar e seus antecedentes: a coroação de uma história”, de Taís Bleicher, apresenta os apontamentos históricos e, especialmente, a trajetória de transformações e de fortalecimento do congresso, desde a sua primeira edição em 2016. Representando um crucial cenário de encontros entre pesquisadores, discentes, docentes e trabalhadores e movimentos sociais, voltados para a promoção de conhecimentos que envolvem as diversas áreas do campo dedicados ao tema da Saúde Mental. Outro aspecto importante demonstrado pela autora é relativo as ações universidade em promover atividades de ensino, pesquisa, extensão e programas de acolhimento à saúde mental, no âmbito da UFSCar e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O capítulo de Amarílio Ferreira Junior, “Elogio da loucura e produção do conhecimento: acumulação de bens simbólicos e sofrimento na universidade”, traz importantes contribuições da literatura de sistematização da área de saúde mental, inseridos no contexto de diferentes

saberes e examina questões da saúde mental dos trabalhadores e saúde mental dos docentes vinculados ao Sistema Federal de Ensino Superior.

Em seguida, Natália Pressuto Pennachioni e Giovanna da Silva Ferreira, em “A vida universitária e suas relações com a saúde mental dos estudantes”, descrevem os desafios e debates relativos as negociações estruturais, políticas, culturais e sociais, e, sobretudo, ao que se refere à permanência dos estudantes nas universidades públicas em interface com o processo de saúde-adoecimento. Nesse sentido, o próximo capítulo “O que é uma universidade promotora de saúde”, de Irma da Silva Brito, Alexandre de Assis Bueno e Renata Alessandra Evangelista, analisam as diretrizes das Universidades e as Instituições de Ensino Superior (UIES). Os autores analisam as contribuições do papel do ensino superior para a sociedade e aprendizagem, competitividade, da inovação e do avanço da tecnologia, valores do regime democrático e na expansão da cidadania, aumento da formação cultural e política da população.

No capítulo intitulado “Saúde Mental do trabalhador da alta performance: o caso do trabalhador em saúde”. Os autores analisam a saúde mental dos trabalhadores na cultura da alta performance e através da perspectiva de uma Nova Gestão Pública. O ensaio traz luz aos debates das consequências do trabalho como instrumentos de produção das subjetividades, sendo, portanto, o trabalho em Saúde e na Educação Permanente em Saúde como projetos e movimentos que influenciam a promoção da capacidade analítica e de coletivos.

Gustavo Emanuel Cerqueira Menezes Junior, no artigo “Clínica e Política: intersecções necessárias na construção de tecnologias de cuidado na perspectiva psicossocial e da integralidade”, argumenta o protagonismo dos trabalhadores como atores fundamentais nas transformações sociais, culturais e políticas da clínica psicossocial. Ao longo do capítulo o autor propõe demonstrar o percurso de transformações no modelo assistencial em Saúde Mental e o papel dos sujeitos, em suas complexas relações sociais e do sofrimento psíquico.

Posteriormente, o capítulo “Não tão distante dali: a experiência do I Congresso Mirim de Saúde Mental”, compartilham o relato de experiência do primeiro encontro envolvendo o Congresso Mirim, argumentando a importância da promoção em saúde mental para as crianças e adolescentes, com o surgimento de um espaço seguro para que as mesmas expressassem suas percepções em torno da temática em saúde mental. Outro aspecto do Congresso Mirim está relacionado com iniciativas de suporte a estudantes e pesquisadores na UFSCar e entrelaçados com as diretrizes do Programa Nacional de Assistência Estudantil.

Por fim, Raquel Ortega, Alexandre Carneiro e Thamires Campos, em “Estudo de caso: o teatro como ferramenta de intervenção com adolescente diagnosticado com transtorno do espectro autista”, apresentam um estudo de caso relativo aos movimentos artísticos na inclusão social. Para examinar tal reflexão, ressalta-se a importância do trabalho multidisciplinar das áreas de Terapia Ocupacional, Arteterapia e Teatro realizados pelo centro de desenvolvimento humano Inclusione, na cidade de Campinas-SP, cartografia

tal que se propõe a habilitar e reabilitar crianças, jovens e adultos com deficiência na esfera da saúde mental a partir da perspectiva cultural. Ademais, o último capítulo “Luz, Câmera e Inclusão”. Os autores compartilham o caderno de imagens e memória da obra teatral “A nova roupa do rei!”, sendo um instrumento de inclusão através do Teatro Terapêutico.

Almejamos que o e-book contribua para o desenvolvimento da área da saúde mental, compreendidos em diversas abordagens teóricas-metodológicas e interface interdisciplinar com diversos contextos sociopolíticos, sociais e saberes em saúde mental. Nesse sentido, acreditamos que o compartilhamento de experiências dos trabalhos reunidos nesta coletânea, estimule o debate aos estudantes de graduação, pós-graduação, docentes, pesquisadores, público em geral e trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial para contato com as produções científicas sobre a área da saúde.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. /Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....17

**OS CONGRESSOS DE SAÚDE MENTAL DA UFSCAR E SEUS ANTECEDENTES: A
COROAÇÃO DE UMA HISTÓRIA**

Taís Bleicher

DOI: 10.47094/978-65-5854-688-7/17-28

CAPÍTULO 2.....29

**ELOGIO DA LOUCURA E PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO: ACUMULAÇÃO DE BENS
SIMBÓLICOS E SOFRIMENTO NA UNIVERSIDADE**

Amarilio Ferreira Junior

DOI: 10.47094/978-65-5854-688-7/29-43

CAPÍTULO 3.....44

**A VIDA UNIVERSITÁRIA E SUAS RELAÇÕES COM A SAÚDE MENTAL DOS
ESTUDANTES**

Natália Pressuto Pennachioni

Giovanna da Silva Ferreira

DOI: 10.47094/978-65-5854-688-7/44-59

CAPÍTULO 4.....60

O QUE É UMA UNIVERSIDADE PROMOTORA DE SAÚDE

Irma da Silva Brito

Alexandre de Assis Bueno

Renata Alessandra Evangelista

DOI: 10.47094/978-65-5854-688-7/60-70

CAPÍTULO 5.....	71
SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR NA CULTURA DA ALTA PERFORMANCE: O CASO DO TRABALHO EM SAÚDE	
Cinira Magali Fortuna	
Maristel Kasper	
Adriana Barbieri Feliciano	
DOI: 10.47094/978-65-5854-688-7/71-83	
CAPÍTULO 6.....	84
CLÍNICA E POLÍTICA: INTERSECÇÕES NECESSÁRIAS NA CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIAS DE CUIDADO NA PERSPECTIVA PSICOSSOCIAL E DA INTEGRALIDADE	
Gustavo Emanuel Cerqueira Menezes Junior	
DOI: 10.47094/978-65-5854-688-7/84-95	
CAPÍTULO 7.....	96
NÃO TÃO DISTANTE DALI: A EXPERIÊNCIA DO I CONGRESSO MIRIM DE SAÚDE MENTAL	
Maria Fernanda Barboza Cid	
Larissa Campagna Martini	
Jacqueline Denubila Costa	
Fernanda de Andrade Leite Fernandes	
Alice Fernandes de Andrade	
Ervelley Moreira dos Santos Cardoso	
Kétlin Cristina Ferreira	
Letícia Lima dos Santos	
Leticia Lorbieski	
Renita de Cássia dos Santos Freitas	
DOI: 10.47094/978-65-5854-688-7/96-107	

CAPÍTULO 8.....108

ESTUDO DE CASO: O TEATRO COMO FERRAMENTA DE INTERVENÇÃO COM ADOLESCENTE DIAGNOSTICADO COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Raquel Helena Roland Ortega

Alexandre de Sousa Carneiro

Thamires Romêro Campos

DOI: 10.47094/978-65-5854-688-7/108-117

CAPÍTULO 9.....118

LUZ, CÂMERA E INCLUSÃO

Raquel Helena Roland Ortega

Alexandre de Sousa Carneiro

Thamires Romêro Campos

DOI: 10.47094/978-65-5854-688-7/118-128

CLÍNICA E POLÍTICA: INTERSECÇÕES NECESSÁRIAS NA CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIAS DE CUIDADO NA PERSPECTIVA PSICOSSOCIAL E DA INTEGRALIDADE

Gustavo Emanuel Cerqueira Menezes Junior³⁹

Se quero o outro comigo,
Fraco, cansado ou louco,
Tenho que deixar sempre abertas
As portas do meu coração

Cem vezes terei que ampará-lo
Quando, repentinamente
Fraquejar o ritmo de suas pernas.
Mil vezes terei que parar
Para que ele possa descansar

MARCUS MATRAGA

A clínica psicossocial é uma clínica política e para que ela aconteça, é necessário que trabalhadores e trabalhadoras assumam suas condições de atores e atrizes do cenário político e desenvolvam habilidades para atuar numa arena de múltiplos interesses. Para tanto é necessária uma organização que reconheça as variadas expressões culturais⁴⁰ e que produza uma política comum na diversidade. Marcus Vinicius Matraga chamou nossa atenção, neste lugar de trabalhadores e trabalhadoras, portanto, de atuantes políticos, sobre a necessidade de estabelecermos estratégias e táticas, pois

39 Mestre em Saúde Comunitária, Professor Assistente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Contato: gustavo.emmanuel@ufba.br

40 Se todas as “populações” humanas possuem a mesma carga genética, elas se diferenciam por suas escolhas culturais, cada uma inventando soluções originais para os problemas que lhe são colocados. No entanto, estas diferenças não são irreduzíveis umas às outras. A noção de cultura se revela então o instrumento adequado para acabar com as explicações naturalizantes dos comportamentos humanos. O uso da noção de cultura leva diretamente à ordem simbólica, ao que se refere ao sentido. (CUCHE, 2002, p.10-12)

[...] fazemos política, seguiremos fazendo política e a nossa política se rege, se dirige a partir de ideias, de conceitos, de valores e de ideologias. Somos ideológicos. Inexoravelmente ideológicos. Não suportamos a ideia de que alguns, porque não se autogovernam ao modo da maioria, sejam colocados para fora da sociedade. (SILVA, 2007, p.121)

Política perpassa fundamentalmente as relações sociais e diz respeito a todo e qualquer indivíduo. Hannah Arendt enfatiza que política se baseia na pluralidade de homens e mulheres, surgindo no espaço das relações, sendo a liberdade o seu mais importante sentido. A política precisa organizar e regular o convívio de diferentes, não de iguais. (ARENDR, 2009)

Ao se estabelecerem como atores políticos, o movimento de Reforma Psiquiátrica assim como o movimento de Reforma Sanitária, impregnados ética e ideologicamente e vinculando-se à luta pela transformação social, imprimiram rupturas paradigmáticas que impulsionaram importantes reconfigurações no campo da Atenção à Saúde (PAIM, 2008; YASUI, 2010).

Inscrita nessa utopia de transformação, destaca-se a Clínica Psicossocial que parte do pressuposto de uma necessária articulação entre os elementos que compõem uma dimensão social, definidora de horizontes estratégicos gerais, e as especificidades singulares, presentes e determinadas situações em uma dimensão clínica que se realiza na relação com os sujeitos nas suas vidas concretas. Essa articulação amplia as possibilidades para o desenvolvimento de intervenções que promovam o cuidado em liberdade e que observem a participação popular como condição para a transformação das condições adversas de vida, com o reconhecimento da autonomia individual e coletiva como elementos criadores de novas alternativas e, portanto, transformadores da dinâmica social e da sociedade (TENÓRIO, 2002; ZIONE, 2007).

As transformações no modelo assistencial em Saúde Mental, por sua vez, sugerem a inclusão dos movimentos territoriais e suas singularidades no arcabouço das práticas profissionais desenvolvidas neste campo, onde é necessária uma atuação que parta do reconhecimento da diversidade cultural presente nos contextos interativos do cuidado (NUNES, 2009). Além disso, o ponto de partida do processo de trabalho, a partir de tais transformações, deixa de ser a doença, enquanto objeto cristalizado, e passa a evidenciar o sujeito, em suas complexas relações sociais, bem como as suas articulações na produção do sofrimento psíquico.

No entanto, é possível perceber históricas dificuldades que geram entraves no desenvolvimento de ações mais singulares no campo da política. Onocko-Campos e Campos (2015, p.737), ao discutirem este dilema, destacam que temos de interrogar os graus de produção de saúde e de autonomia que são efetivamente impulsionados pelas nossas práticas. Temos de sair da dicotomia clínica-saúde coletiva, e colocar-nos no

intermediário, no entre, que é a posição que nos estimula a entrar em contato. Temos de adentrar na lógica do paradoxo. A este respeito, Ayres (2009, p.21), ao discutir sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde, afirma que a concepção de sujeito predominante no pensamento sanitário não está em sintonia com os principais valores e pressupostos que o orientam hegemonicamente na atualidade.

Esta problematização, abordada por Ayres, abre horizonte para uma necessária discussão sobre as articulações entre o microcontexto, macrocontexto, micropolítica e macropolítica, construindo a integração desde a ação do profissional até as propostas de organização do sistema de saúde. Levando em consideração outras perspectivas de se pensar a clínica, Onocko-Campos (2001) afirmava, já no início da implantação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, haver uma declarada necessidade de reformulação da clínica nos serviços, o que valeria para os equipamentos substitutivos que estavam começando a surgir, sugerindo a sua ampliação, caso contrário,

[...] ainda que involuntariamente, ou por omissão, continuaremos trabalhando a favor da proposta hegemônica: a degradação da clínica, a criação de serviços pobres para pobres, e a inviabilidade do SUS em termos dos custos crescentes derivados do alto consumo de técnicas diagnósticas e terapêuticas que acabam sendo caras, ineficazes, e, às vezes, até iatrogênicas. (ONOCKO-CAMPOS, 2001, p.110)

Clínica aqui não é compreendida como aquela realizada no espaço restrito do consultório, ou do serviço de saúde mental, onde há o risco de se exercer um poder técnico que submete sujeitos a um enquadre formatado para atender a necessidades de uma estrutura de controle sanitário. A clínica que se articula com a política, como proposta pelos movimentos de reconfiguração paradigmática da saúde mental, pode ser também chamada, pelos termos de Lobosque (2003, p. 21), de *clínica em movimento*: “uma clínica que não caminha para si mesma, mas se combina e se articula com tudo o que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio entre [as pessoas]”. Ou, ainda, de *clínica peripatética*, como sugere Lancetti (2014, p.20-21) quando define a “clínica praticada em movimento, fora do consultório, no dentro-fora dos consultórios, nos espaços e tempos traçados, transbordando a psiquiatria, a psicanálise e as instituições de saúde mental”.

Todas essas ideias podem ser sustentadas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica que, ao apontar para a necessidade de uma transformação crítica do papel hegemônico e centralizador que o hospital psiquiátrico desempenhava na assistência, desenhou um modelo direcionado a outro foco, com ênfase em uma abordagem ampliada, que se aproxima da realidade social dos usuários, ou seja, que parte das complexas dinâmicas do cotidiano dos territórios onde vivem as pessoas (AMARANTE, 2008; YASUI, 2010).

Sendo assim, o processo de trabalho no campo da Saúde Mental demanda um intenso diálogo com os territórios onde vivem as pessoas que utilizam os serviços. Território sendo entendido como processo, como relação. Segundo Santos (2006, p.114), “[o] território tanto quanto o lugar são esquizofrênicos, porque, de um lado, acolhem os vetores da globalização, que neles se instalam para impor sua nova ordem, e, de outro lado, neles se produz uma contraordem, porque há uma produção acelerada de pobres, excluídos, marginalizados”. Yasui (2010) se refere ainda ao conceito de território que diz respeito a construções e transformações que se dão entre os cenários naturais e a história social que homens e mulheres inscrevem e produzem.

O território não é somente permanência, perenidade, não é apenas tradição cultural. É também mutação, produção e modificação intensa, norteadas pela lógica do capitalismo globalizado que intervém dissipando e desintegrando as fronteiras entre o local e o global, modificando relações, gerando modos conformados e consumistas de existir. É no território que se exerce o controle das subjetividades. É nele que se instala o olho vigilante do poder disciplinar que se ramifica e adere às rotinas cotidianas, transmutando-as ao sabor das conveniências do mercado. E o que se vende com as mercadorias são modos de ser, novos mundos e novas formas coletivas de conceber a vida e a existência. Subjetividades capturadas e ansiosas pelo consumo. (YASUI, 2010, p.127-128)

Portanto, a inversão do modelo de atenção à saúde mental não significa uma simples rearticulação da estrutura organizacional dos serviços, mas sim uma estratégia para que o cuidado se aproxime do território onde o sofrimento é produzido, de maneira a incorporar em seu arcabouço ferramentas que possibilitem a construção do acolhimento e ressignificação deste sofrimento produzido. A este respeito Santos e Nunes (2011, p.716) afirmam

que a maneira como o conceito de território é adotada no âmbito dos CAPS possui implicações práticas na forma como estes podem se articular (ou não) em termos de promover a desinstitucionalização (como desconstrução epistêmica dos saberes sobre a loucura) dos usuários e a sua concomitante inclusão em espaços diversificados da vida social, ambos pressupostos contidos na Reforma Psiquiátrica.

Esse modo de fazer imprime uma radical ruptura com o modelo asilar predominante, por meio, não só de um questionamento de seus conceitos, fundamentos e de suas práticas moldadas em uma questionável racionalidade científica, mas, principalmente, por meio da construção de um novo paradigma científico, ético e político. Inspirando-se nas formulações

de Thomas Kuhn, Sílvio Yasui utiliza-se do conceito de *transição paradigmática*, evidenciando que a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) abre horizontes para uma revolução científica que descortina um novo paradigma ao sugerir uma concepção que busca superar as dicotomias saúde/doença, individual/social (YASUI, 2010, p.110).

Nesta mesma direção, Costa-Rosa (2012) apresenta o Modo Psicossocial como um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar, que, buscando a superação destas dicotomias, passam a considerar os fatores políticos e o ambiente sociocultural como determinantes, sendo decisiva a importância que se atribui ao sujeito como participante principal do tratamento. E ainda, ao considerar que a loucura não é um fenômeno exclusivamente individual, mas social, supõe que as práticas devem envolver a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas. Portanto, as práticas nos serviços de saúde mental, por lidarem com um contexto de complexidades, conformam um campo transdisciplinar onde se observa a atuação de diversos atores assumindo o papel de cuidadores, numa perspectiva interdisciplinar.

Neste contexto de rupturas e transformações, com a aprovação da Lei n. 10.216, que dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001), é impulsionado o processo de criação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, com progressiva redução dos leitos psiquiátricos. Sendo que, para dar conta do desafio de pôr em prática este novo modelo assistencial, o Ministério da Saúde (MS) passa a articular um conjunto de instrumentos políticos onde os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se constituem como dispositivos estratégicos.

Yasui (2010), ao abordar tal questão, afirma que a implementação dos serviços substitutivos e o estabelecimento de estratégias para a implantação de um novo modelo assistencial não significam automaticamente uma adesão aos princípios, às diretrizes e aos novos paradigmas propostos pelo movimento de Reforma Psiquiátrica. Posto isto, destacamos que, além do aspecto estrutural propriamente dito da implantação dos serviços, deve-se atentar para questões como o modo de funcionamento destas novas instituições e para o real formato de rede assumido, sendo inúmeros os desafios colocados para a implementação deste novo modelo de atenção (NUNES et al., 2008).

Aprofundando o desafio de operar com a complexidade do objeto loucura e manejar um conjunto de recursos territoriais que extrapolam os limites disciplinares, acadêmicos e corporativos, em um movimento de aproximação das complexidades clínicas esboçadas pela integralidade do cuidado, em 2011, o MS lançou a portaria n° 3088 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta propôs um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que buscaram garantir a integralidade do cuidado numa perspectiva substitutiva ao hospital psiquiátrico. A RAPS tem, entre seus objetivos, a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no

território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Transitou-se no Brasil, entre as últimas três décadas, do modelo asilar ao modelo psicossocial, com alteração da legislação dos direitos das pessoas com transtornos mentais, mudanças da política nacional de saúde mental e criação de dispositivos de cuidados psicossociais territoriais. Todavia, como em outras experiências internacionais, movimentos de contrarreforma se fazem presentes na atualidade brasileira e tem se intensificado, colocando em xeque os avanços obtidos na dimensão político-técnico-assistencial e questionando a dimensão ético-estético-cultural. Sobre este processo, Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) afirmam que a atual configuração do SUS é fruto das disputas entre projetos distintos e antagônicos existentes na sociedade brasileira para a área da saúde desde antes da Constituição de 1988.

Devera e Costa-Rosa (2007) discutem, a partir da práxis estabelecida no processo de transição do paradigma asilar para o paradigma psicossocial que podem ser observados efeitos de uma verdadeira luta pela hegemonia entre visões teórico-técnicas, ideológicas, culturais e éticas. Sendo assim, inspirado nas formulações construídas por Jarinilson Paim em suas análises sobre a Reforma Sanitária Brasileira, afirmo que assim como esta, a Reforma Psiquiátrica no Brasil representa um projeto de reforma social, constitui, portanto, um fenômeno sócio-histórico. Ambas foram concebidas como reforma geral, tendo como horizonte utópico a revolução do modo de vida (PAIM, 2008).

É importante assinalar que frente aos movimentos de contrarreforma, que não se dão somente entre os que não acreditam nesta RPB, é necessário escutar e entender o que este processo tem a ensinar: é imprescindível apontar o caráter antimanicomial da RPB e radicalizar os processos, compreendendo que não servem quaisquer reformas, senão as que superem o manicômio, e não somente os físicos, disciplinares, mas também os subjetivos, presentes na forma pactuada socialmente de modulação do desejo.

Nesse sentido, apesar de fazer parte da realidade política atual, por questões éticas, teóricas e políticas, não levo em consideração as atuais perspectivas políticas sugeridas pelo Ministério da Saúde após o golpe parlamentar-jurídico-midiático que culminou no impeachment de Dilma Rousseff, a exemplo da portaria nº 3588 de dezembro de 2017 que substituiu a portaria nº 3088 de dezembro de 2011, de modo a desarticular o arcabouço organizativo da Política Nacional de Saúde Mental legitimamente construído, em processos democráticos, o que representa um grande retrocesso no que diz respeito aos objetivos antimanicomiais da Reforma. No entanto, infelizmente, não podemos ignorá-la, porque, estando vigente, ela interfere na alocação de recursos para os serviços, bem como na reintrodução dos ambulatórios e do hospital psiquiátrico na rede de atenção psicossocial.

Para Mendes (2011), as redes não são, simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-

relações. Partindo de uma análise da literatura internacional, Ouverney e Noronha (2013) afirmam que as redes de atenção apontam um conjunto amplo de princípios de organização para promover a integração do cuidado em rede e apresentam uma síntese desse conjunto, sugerindo um núcleo com os seguintes princípios: 1. Orientação para as necessidades de saúde; 2. Complexidade da abordagem; 3. Multidisciplinaridade da intervenção; 4. Longitudinalidade do cuidado; 5. Interdependência e Compartilhamento de análise clínica; 6. Corresponsabilização clínica; 7. Territorialização; 8. Intersetorialidade; 9. Eficiência econômica; e 10. Melhoria contínua da qualidade.

Considerando esta estruturação dos serviços em redes assistenciais interorganizacionais que articulam as dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização, Hartz e Contandriopoulos (2004) afirmam que a integralidade da atenção é um eixo prioritário da investigação e avaliação dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde ao reconhecer que nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e as competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população, em seus diversos ciclos de vida.

Ruben Mattos aponta ainda que a efetivação da integralidade em saúde é um princípio estruturante do modelo de atenção proposto pelo SUS e afirma que o termo

expressa uma das bandeiras de luta do chamado movimento sanitário. De certo modo, ele tem funcionado como uma imagem-objeto, ou seja, como uma forma de indicar (ainda que de modo sintético) características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas, contrastando-as com características vigentes (ou predominantes) (MATTOS, 2004, p.1441).

Kalichman e Ayres (2016, p.10) destacam que não são poucos nem pequenos os desafios colocados para a efetivação da integralidade. Afirmando que, em face das realidades concretas e complexas, a continuidade e radicalização do processo de implantação das redes de atenção parece ser um caminho possível, desde que não perca sua sintonia com as demais esferas de reconstrução das práticas de saúde e ouça as múltiplas vozes que defendem, com o princípio da integralidade, o direito de todos à saúde.

Pinheiro (2017), ao discorrer sobre os aspectos relacionados à integralidade do cuidado e seu envolvimento na promoção de processos de desinstitucionalização, afirma que as redes produzem “tramas” singulares, mesmo quando as situações sociais são semelhantes. Destaca que a potência dos arranjos entre os aspectos da rede formal e informal é uma fonte importante de ações desinstitucionalizadoras.

Nessa trama de articulação de diversas instituições e de recursos em rede, não se pode esquecer o papel que joga a participação dos sujeitos no seu itinerário mais ou

menos integral de cuidado, o que depende, fortemente das modalidades tecnológicas que são colocadas à sua disposição para este fim. Recorrendo à noção do filósofo Pierre Lévy, Lima e colaboradoras (2012) afirmam que “uma tecnologia deve ser pensada como algo que potencializa (ou virtualiza) as nossas ações”, nesse contexto, espera-se que as tecnologias produzam movimentos que impliquem o reposicionamento dos sujeitos e o resgate ou a construção de laços sociais. Nicácio e Campos (2004, p.72), considerando que a desinstitucionalização propõe uma diferente perspectiva ética, teórica e política para compreender a questão da loucura e as relações produzidas no contexto social, afirmam que a mesma não pode ser compreendida como mera modernização do circuito assistencial, devendo implicar “uma profunda transformação das relações entre as pessoas e as instituições, dos modos de pensar e fazer saúde mental e dos processos de ausência de valor social e de exclusão das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico”.

É importante enfatizar que a construção de planos de cuidado e o emprego de outras tecnologias de integração, segundo Ouverney e Noronha (2013, p.67-68), devem ser fundamentados na definição de um modelo de atenção como base de organização do trabalho coletivo em rede.

Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional. Isso se fará por meio de um “sistema sem muros”, eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção [...] ligados por corredores virtuais que ultrapassem, de fato, as fronteiras com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados.

Ao discutir a integralidade no contexto da saúde mental, Alves e Guljor (2006) propõem uma reflexão sobre o cuidado neste campo a partir das seguintes premissas: liberdade em negação ao isolamento, de modo a respeitar e valorizar as diferenças e singularidades. Cuidado pautado na integralidade em negação à seleção, centrado na construção de projetos de vida, não na remissão de sintomas. Uma condução terapêutica que oriente-se pela complexidade do sofrimento psíquico e das questões que envolvem o risco social de maneira, em contraposição à simplificação do diagnóstico. Sobreposição do conceito de direito sobre a noção de reparo. Busca do aumento do poder contratual e do potencial de trocas sociais, de modo a ampliar os níveis de autonomia dos sujeitos. E incorporação permanente do papel de agenciador, disponibilidade da equipe de acompanhar os sujeitos em suas trajetórias, sem fragmentar suas demandas ou delegar o cuidado de forma descomprometida a outros serviços.

Além das complexidades que surgem no desafio de tecer ações que promovam a integralidade, o campo da saúde mental ainda apresenta a necessidade de desenvolvimento de novas formas de cuidado em saúde, novas tecnologias, novos horizontes. No entanto, apesar de ser desenvolvido nos territórios e aproximarem-se das múltiplas realidades destes, o cuidado pode incorporar perspectivas de controle próximas ao que se questionava no âmbito asilar. Em tese, a partir do que idealiza o movimento de luta antimanicomial, espera-se que trabalhadoras de um serviço substitutivo estejam abertas à diversidade e à produção de uma clínica que considere as singularidades e se centre pela autonomia dos sujeitos do cuidado. Que tenha como horizonte “a lógica do cuidado” em detrimento da “lógica da escolha”. Segundo Annemarie Mol (2008), a lógica da escolha está relacionada a um ideal de liberdade e autonomia individuais, considerando a responsabilidade exclusiva do sujeito do cuidado; já a lógica do cuidado considera a dinâmica comunitária, compreendendo o sujeito em sua rede de relações.

Em contraponto, ainda de acordo com Mol (2008), o cuidado é discutido dentro da ética, a autora afirma que o “bom cuidado” não é um ideal que pode ser defendido em termos gerais, por uma questão de princípio, mas sim algo que as pessoas moldam, inventam e adaptam, uma e outra vez, nas práticas cotidianas. Este aspecto provavelmente ajude a compreender um dos problemas estratégicos do movimento de luta antimanicomial. Como descrito acima, o movimento impulsiona-se a partir de um ideal, que por muitas vezes, por ser recente e contra-hegemônico, num cenário ainda impregnado pela intolerância à diversidade, encontra dificuldades para transpor-se às práticas. A autora destaca que cuidar é agir sem buscar o controle. É “descobrir como vários atores (profissionais, medicamentos, máquinas, a pessoa com uma doença e outros envolvidos) podem colaborar melhor para melhorar ou estabilizar a situação de uma pessoa”.

Assim, articular “bom atendimento” não é uma forma de descrever os fatos, de falar sobre o mundo como ele é. Também não é uma avaliação, um julgamento (positivo) das práticas de cuidado. Em vez disso, é uma intervenção. Articular a lógica do cuidado é uma tentativa de contribuir para a melhoria da atenção à saúde nos seus próprios termos, na sua linguagem. Uma linguagem em que a ênfase principal não está na autonomia e no direito de decidir por si mesmo, mas nas práticas da vida cotidiana e nas tentativas de torná-las mais habitáveis. (MOL, 2008, p.84)

Há, portanto, um paradoxo presente no cotidiano dos serviços substitutivos em torno do modo como o cuidado é praticado. Paradoxo este que possivelmente se faz a partir dos pontos de tensão existentes entre uma ideia hegemônica, porém mais restritiva, de atenção à saúde, focada na biomedicina com utilização exclusiva da medicalização como ferramenta para “superação” da doença; e uma outra ideia contra-hegemônica, que

parte da observação das complexidades do fenômeno e possibilita incorporar o olhar do sujeito do cuidado às práticas de atenção à saúde. E mesmo nas ações que superam as limitações da observação dos fenômenos da crise pela lente exclusiva da biomedicina, existe a possibilidade de produção de uma lógica da escolha em detrimento da lógica do cuidado.

Considerando estes aspectos teóricos e políticos e a necessidade de compreender que a atenção em saúde envolve situações complexas, não se pode afirmar a existência de uma clínica asséptica, uma clínica que não esteja atravessada pela dinamicidade dos territórios onde se instalam os serviços. A clínica psicossocial, assim como afirmou Marcus Vinicius Matraga, é uma clínica política, ela precisa produzir consistentes articulações intersetoriais, numa perspectiva de cuidado compartilhado, de modo a revelar que as intervenções não são tão simples quanto as propostas por protocolos assistenciais, explicitando que as intervenções de cuidado são antes de qualquer coisa prática política e precisam trazer o sujeito do cuidado para o centro da mesma.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O Cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CAPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p. 221-240.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. 3a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ARENDT, H. **O que é política**. Rio de Janeiro: Bertrant Brasil, 2009.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. In: _____. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2009.

BRASIL. **Lei de n. 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, DF, 09 abr. 2001 Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 14 de maio de 2018.

BRASIL. **Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2011.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao hospital psiquiátrico. In: AMARANTE, P. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. P. 141-168.

- BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.
- DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis. 6(1), 2007.
- HARTZ, Z. M. de A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços: desafios para avaliar um sistema “sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, p.5331-5336, 2004.
- KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, 32(8):e00183415, ago, 2016.
- LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: HUCITEC. 2014.
- LIMA, M.; JUCÁ, V. J. S.; NUNES, M. O.; OTTONI, V. E. Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v.16, n.41, p.423-34, abr./jun., 2012
- LOBOSQUE, A. M. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.
- MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. In: _____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MOL, A. **The logic of care: health and the problem of patient choice**. 1a ed. London and New York: Routledge, 2008.
- 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. **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, n.15, v.2, p.71-81, 2004.
- NUNES, M. O; TORRENTÉ, M.; OTTONI, V.; NETO, V. M.; SANTANA, M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):188-196, jan, 2008
- ONOCKO-CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

ONOCKO- CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2015.

OUPERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FIOCRUZ. **A saúde no Brasil em 2030** – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. Pp. 143-182.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuições para a compreensão crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PINHEIRO, C. M. **Desinstitucionalização e integralidade**: tramas tecidas na construção do cuidado de pessoas com experiência de uso problemático de álcool e outras drogas. [Dissertação de Mestrado] Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, UFBA, 2017.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2006.

SANTOS, M. R. P.; NUNES, M. O. Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. Botucatu: **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v.15, n.38, p.715-26, jul./set. 2011.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. Rio de Janeiro: **História, Ciências, Saúde**. vol (9)1: 25-59, jan-abr., 2002.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ZIONI, F. O Enfoque dos Determinantes Sociais de Saúde sob o ponto de vista da Teoria Social. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.16, n.3, p.26-34, 2007.

Índice Reissivo

A

- Ação do profissional 86
- Accountability (responsabilização individual do trabalhador) 71, 75
- Aceitação 104, 118
- Acessibilidade 120
- Agressão física 109
- A importância da interdisciplinaridade 10, 17, 23, 25, 27, 71
- Aprofundamento dos valores 60, 67
- Aritmética 32, 33
- Arte 40, 108, 110, 111, 116, 117, 118
- Arteterapia 12, 108, 116
- Atenção à saúde 17
- Atenção psicossocial 10, 11, 13, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 53, 88, 93, 94, 95
- Atendimentos domiciliares 109
- Atores com deficiência 118
- Atores e público 118
- Autonomia individual e coletiva 85
- Avaliação 48, 51, 63, 64, 65, 78, 90, 92, 97, 99
- Avanço da tecnologia 12, 60, 67

C

- Cargos de gestão 60, 78
- Clínica política 84, 93
- Clínica psicossocial 8, 10, 12, 84, 93
- Clínica-saúde coletiva 85
- Comportamento 53, 58, 61, 67, 69, 109, 112, 114, 115
- Congresso de saúde mental 5, 7, 8, 10, 17, 19, 21, 23, 24, 25, 27, 29, 71, 97, 98, 105
- Congresso internacional 5, 10, 17, 23, 24, 27
- Congresso mirim de saúde mental 10, 12, 17, 23, 25, 97, 98, 101
- Contabilidade 32, 78
- Criação de conhecimentos 31, 40
- Crianças 8, 10, 12, 18, 26, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 113, 116
- Cultura 8, 10, 12, 27, 30, 32, 38, 40, 45, 47, 51, 52, 53, 61, 62, 63, 64, 67, 68, 69, 71, 73, 74, 76, 84, 86, 108
- Cultura da alta performance 8, 10, 12, 71, 74
- Cultura do desempenho 45, 47

D

- Déficit na comunicação social 108
- Democracia 53, 60, 67
- Desenvolvimento da cidadania 60, 67

Desenvolvimento da comunidade 60
Dinâmica social 85
Docentes 11, 13, 25, 26, 29, 30, 31, 77

E

Educação permanente em saúde 12, 71, 80, 81
Empatia 99, 112, 113, 115, 118
Enfermagem 17, 18, 19, 25, 27, 28, 44, 58, 60, 70, 71, 82, 84, 96
Ensino 11, 12, 18, 26, 29, 31, 37, 39, 40, 41, 45, 46, 57, 59, 64, 66, 68, 70, 116
Ensino superior 12, 17, 20, 27, 28, 45, 53, 58, 60, 61, 63, 64, 67, 69
Etnias 109
Extensão 11, 18, 19, 21, 22, 26, 31, 37, 39, 66, 105

F

Falar de arte 108
Ferramenta de transformação humana 110
Formação cultural e política 12, 60, 67
Formação de pessoas 31
Função social 60

G

Gestão pública 12, 71, 72, 81
Gramática 32, 33

I

Inclusão 13, 120
Inovação 12, 25, 60, 64, 66, 67, 69
Instituições 18, 20, 25, 45, 53, 61, 62, 63, 64, 65, 73, 77, 82, 86, 88, 90, 97, 111
Interação social 79, 108, 110, 111

L

Liberdade 76, 78, 80, 85, 91, 92, 111, 123
Linguagem 11, 92, 108, 110

M

Macrocontexto 86
Macropolítica 86
Medicina 7, 17, 18, 19, 65, 96, 106, 107
Meritocracia 45
Microcontexto 86
Micropolítica 86

O

Odontologia 17
O poder da representatividade 128
Organizações sociais 18, 45

P

- Padrões restritos e repetitivos de comportamento 108
- Pesquisa 11, 17, 18, 20, 26, 31, 37, 38, 39, 40, 41, 47, 48, 49, 64, 65, 66, 67, 69, 96, 108, 110
- Planejamento 67, 97, 98, 99, 105
- Processo saúde-doença 44, 47, 56
- Processo terapêutico nas aulas de teatro 109
- Professores-pesquisadores 31, 37, 38, 39
- Psicologia 17, 18, 19, 21, 22, 24, 25, 27, 28, 82, 94, 96, 117

R

- Realização 23, 25, 52, 97, 98, 101
- Reforma psiquiátrica brasileira 86, 88
- Relações sociais 12, 35, 37, 40, 85, 110
- Relato da experiência 97

S

- Saúde dos trabalhadores 20, 71, 72, 76
- Saúde mental 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 58, 71, 75, 85, 87, 89, 94, 96, 100, 101, 106
- Saúde mental dos trabalhadores 11, 12, 29, 72, 79, 81
- Saúde mental infanto-juvenil 10, 97, 106, 107
- Síndrome de down 109
- Sistema de saúde 86, 90, 95
- Sistema federal de ensino superior 11, 29, 30
- Sociedade civil 25, 60, 62
- Sofrimento psíquico 12, 19, 20, 26, 57, 83, 85, 91
- Superação 88, 92, 118

T

- Teatro 12, 106, 108, 116, 118
- Teatro inclusivo 118
- Teatro inclusivo e terapêutico 109
- Teatro terapêutico 109, 112
- Terapia comportamental 109
- Terapia ocupacional 12, 17, 18, 19, 94, 96, 108, 110, 118
- Trabalhador acadêmico 31
- Trabalho em saúde 12, 71, 78, 79, 80, 81
- Trabalho multidisciplinar 12, 108
- Transtorno do espectro autista (tea) 108

U

- Universidades 12, 31, 41, 45, 46, 51, 60, 61, 63, 64, 68
- Universidades federais 31



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 





editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 

