

# Práticas Transversalizadas da Clínica em Saúde Mental

## *Cross Sectional Practices of Mental Health Clinic*

João Leite Ferreira Neto\*

*Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil*

### **Resumo**

A pesquisa investiga as mudanças nas práticas em psicologia clínica no Brasil, no campo da Saúde Mental a partir de um estudo de caso de um Distrito Sanitário de Belo Horizonte, onde foram entrevistadas seis profissionais que atuam na atenção básica no Programa de Saúde Mental. Desenvolve um panorama histórico, uma investigação conceitual e uma reflexão sobre a relação entre essas práticas e o espaço urbano. Os dados apresentam mudanças nas práticas clínicas na saúde mental, que emergiram a partir do encontro das políticas públicas com os serviços locais, levando os profissionais a lidarem com esse entrecruzamento menos como um atravessamento dificultador e mais como fator potencializador da clínica. A expressão “clínica ampliada” designa aí o manejo produtivo da tensão entre clínica e política.

*Palavras-chave:* Saúde mental; Psicologia Clínica; políticas de saúde; clínica ampliada; transversalidade.

### **Abstract**

The research investigates the changes in the practice of clinical psychology in Brazil, in the field of Mental Health by analyzing a case study of a Sanitary District in the city of Belo Horizonte, in which six professionals who work in primary health in the Mental Health Program were interviewed. It develops a historical panorama, a conceptual investigation and reflection about the connection between this sort of practice and the urban space. Data show changes in clinical practices in mental health which emerged from the confluence of public policies and local services, leading professionals to deal with these intersections not so much as a problem, but as an increase of the potential benefits of the clinic. The expression “extended clinic”, in this context, designates the appropriate management of the tension between practice and politics.

*Keywords:* Mental health; Clinical Psychology; health politics; extended clinic; cross section.

O objetivo desta pesquisa é a delimitação das mudanças das práticas de psicologia clínica no Brasil no campo da saúde pública a partir de um estudo de caso de um Distrito Sanitário de Belo Horizonte, onde foram entrevistadas seis profissionais que atuam no Programa de Saúde Mental. Desenvolve um panorama histórico, uma investigação conceitual e uma reflexão sobre a relação entre essas práticas e o espaço urbano.

Das áreas iniciais de atuação do psicólogo brasileiro, a organizacional, a educacional e a clínica, esta última sempre se destacou como área de atuação e interesse por parte dos estudantes e profissionais, a ponto de haver uma indistinção constante e espontânea entre o trabalho profissional do psicólogo e a atuação clínica (Carvalho, Oliveira & Ulian 1988). Tornou-se saliente a “hipertrofia” da área clínica em detrimento das demais. Em 1987, ela respondia por 55,3% dos profissionais em atividade no País, além de ser apontada como a que produz o maior índice de satisfação entre os profissionais (Conselho Federal de Psicologia,

1988, p. 174ss). Esses dados quantitativos permanecem em pesquisas mais recentes, porém qualitativamente muita coisa mudou no campo da clínica. Pesquisadores falam atualmente de uma psicologia clínica clássica ou tradicional, em contraposição a “práticas emergentes” ou novas concepções de clínica (Féres-Carneiro & Lo Bianco, 2003; Lo Bianco & Bastos, 1994). A clínica clássica é definida como portadora de um modelo mais homogêneo, influenciado pela medicina e caracterizado como um sistema de atenção voltado para o indivíduo, em atividades de psicodiagnóstico e psicoterapia, com uma predominância de abordagens de base psicanalítica, exercida em consultórios particulares para uma clientela oriunda das classes média e alta (Féres-Carneiro & Lo Bianco). Já as novas concepções ou “práticas emergentes” não se constituem como um todo homogêneo, mas um painel multifacetado e em construção. Em comum, os profissionais não possuem majoritariamente a condição de liberal autônomo, mas estão vinculados a órgãos públicos, organizações não governamentais, projetos de trabalho em equipe ou alguma outra forma de inserção institucional. A clientela dessa clínica, realizada em novas bases, em sua maioria, pertence aos segmentos mais pauperizados da população que, até a década de 80, não tinha acesso aos serviços psicológicos. Em função disso testemunhamos a atual proliferação de expressões que “qualificam” a clínica, tais como: “clínica do social”, “clínica ampliada”, “clínica transdisciplinar”.

\* Endereço para correspondência: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Instituto de Psicologia, Av. Dom José Gaspar, 500, Prédio 12, Coração Eucarístico, Belo Horizonte, MG, 30535-610. Tel.: (31) 3319 4568. E-mail: [jleite.bhe@terra.com.br](mailto:jleite.bhe@terra.com.br)  
Apoio: Fundo de Incentivo à Pesquisa - FIP - PUC Minas.  
Bolsista de Iniciação Científica: Josiane Fernandes de Aguiar.

Um setor vital que colaborou nessa reorientação das práticas clínicas foi o dos Programas de Saúde Mental, no bojo da Reforma Sanitária, que desde os anos 1980 contrataram um contingente amplo de psicólogos para atuação ambulatorial na Saúde Pública.

A passagem de uma “clínica clássica” para as atuais “práticas emergentes” não garantiu necessariamente uma evolução sócio-política dessas práticas. Nessa direção encontramos tanto a simples adaptação flexível para alcance de novos mercados (a classe popular), quanto o desenvolvimento de atuações, de fato, inovadoras visando a produção da autonomia dos sujeitos e coletividades (Ferreira Neto, 2004; Mancebo, 1997). É relevante investigar como, e em que medida, as práticas atuais mantêm a lógica clássica da clínica privada no contexto público e em que medida rompem com o modelo anterior, construindo, de fato, modos de atuação diversos.

#### *Saúde Mental em Belo Horizonte*

O Programa de Saúde Mental foi oficialmente implantado em Minas Gerais, na Região Metropolitana de Belo Horizonte, em setembro de 1985, durante a gestão do governador Tancredo Neves pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Anteriormente a essa data houve o Programa Integrado de Saúde Mental (PISAM) que teve curta duração entre 1977 e 1979, e grupos de profissionais atendendo em unidades básicas de saúde sem ligação com um projeto ou programa que organizasse as ações em saúde mental (Mendonça Filho & Alkimin, 1998).

Inicialmente, o Programa de Saúde Mental não possuía a proposta de substituição do modelo hospitalar de atendimento, apresentando-se como complementar ao mesmo, além de propor uma maior inserção nos programas de saúde geral (Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 1985). A tensão entre essas duas modalidades de trabalho, de um lado junto a psicóticos, neuróticos graves e egressos, e de outro, a participação em outros programas de saúde em geral, perdurou por muitos anos. Somente durante a gestão municipal do prefeito Patrus Ananias (Partido dos Trabalhadores [PT]/1993-1996) foram encetadas ações para priorizar um modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico, focalizando o atendimento clínico dos “psicóticos e neuróticos graves”, buscando evitar que as agendas dos profissionais ficassem comprometidas e congestionadas com a inesgotável demanda espontânea ou encaminhada de crianças com dificuldade escolar, pacientes com quadros de ansiedade, aqueles pertencentes à “clientela cativa” dos Centros de Saúde, e mesmo os que, por não se encaixarem nas diferentes modalidades de atenção médica, eram, por exclusão, remetidos à saúde mental. Nesse período, inicia-se a construção de serviços substitutivos ao hospital, os Centros de Convivência e os CERSAMs – Centros de Referência em Saúde Mental (versão mineira dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS).

Atualmente o Programa de Saúde Mental caminha na direção de uma integração com o Programa de Saúde da Família. Nessa integração as equipes de saúde mental – ESM têm como prioridade “o atendimento aos portadores

de sofrimento mental grave e persistente”. As outras demandas são “acolhidas”, mas “atendidas pelas equipes de saúde da família, com suporte e apoio das ESM” (Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2003, p. 4).

Acompanhar em detalhes o desenvolvimento desse projeto até os dias atuais foge ao escopo deste trabalho. Por essa razão apenas apontaremos algumas particularidades da experiência mineira, de modo que funcione como referência para o debate principal sobre as práticas clínicas em saúde mental.

Vale salientar que os parâmetros para a construção do projeto de saúde mental em Belo Horizonte se deram na confluência da Psicanálise de orientação lacaniana com a Psiquiatria Democrática italiana (Lobosque & Abou-yd, 1998). Além disso, é decisivo na experiência mineira o convívio, desde 1991, com a experiência da cidade de Santos. Nessa via são conhecidas as possibilidades de operacionalização do projeto: a importância dos núcleos de atenção regionalizados, do papel das oficinas e dos centros de convivência visando a reinserção social dos pacientes.

A hegemonia do lacanismo não se estabeleceu sem ocasionar problemas. Inicialmente gerou confusão entre as funções das diferentes categorias profissionais presentes nas equipes. Num certo momento, vários psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psiquiatras e outros tenderam a se tornarem psicanalistas, desejosos de conduzirem tratamentos analíticos com seus pacientes. As equipes possuíam linguagem unificada, porém sofriam a descaracterização no que concerne às suas diferentes funções profissionais. Além disso, vários profissionais de formação diversa se ressentiam da “imposição” de um modelo único de atendimento, no caso a psicanálise (Mendonça Filho & Alkimin, 1998). Algumas dessas dificuldades foram melhor trabalhadas com o tempo e o próprio segmento lacaniano foi incorporando uma postura menos sectária. Conforme veremos adiante o momento presente segue na direção de uma discussão mais interdisciplinar, um progressivo distanciamento das ortodoxias teóricas e dos dogmatismos em nome da construção permanente de uma prática que está sempre a exigir novas conexões, novos interlocutores e novas saídas (Jornal Sirimim, 2005). Entretanto, como observaremos nas entrevistas, a psicanálise ainda prevalece como eixo fundamental na formação. A mesma tendência é encontrada em outras pesquisas realizadas em cidades como Teresina (Dimenstein, 1998) e Salvador (Lima, 2005).

#### *Clínica e Política: Discussões Atuais no Campo da Saúde Mental*

As discussões e as formulações em torno da configuração das práticas antimanicomiais indicam uma tensão entre uma ênfase “clínica” e uma ênfase “política”. A primeira ênfase, a clínica, diz respeito, fundamentalmente, ao tratamento oferecido a cada sujeito na sua singular individualidade. Com base principalmente na psicanálise tem na escuta seu principal instrumento de intervenção, tendo como objetivo clínico “fazer advir o Sujeito”, visto que, esse se constitui e se estrutura através da lingua-

gem (Rinaldi, 2003). Nesta prática a psicopatologia é reconhecida como sendo “a expressão da forma peculiar, própria a cada sujeito, de enfrentamento de um conflito vivido intrapsiquicamente” (Almeida & Santos, 2001, p. 23).

De modo geral, essa ênfase coloca seu acento menos nos problemas da prática em saúde mental e mais em como a própria abordagem pode trazer contribuições relevantes. A psicanálise deixa de ser pensada como instrumento possível para a saúde mental e adquire o estatuto de foco primordial da investigação: em quais condições a psicanálise pode ser praticada no ambulatório público? (Figueiredo, 1997); de que maneira a psicanálise pode se sustentar no campo da saúde? Essas questões, tal como são colocadas, interessam mais ao campo estrito da psicanálise que ao campo mais ampliado da saúde mental. Temos um exemplo disso na seguinte afirmativa:

Tradicionalmente desenvolvida no consultório particular, no âmbito privado, a psicanálise defronta-se hoje, mais do que antes, com o desafio de sustentar a sua práxis no espaço público das instituições, em especial nas instituições de novo tipo, criadas a partir da reforma psiquiátrica (Rinaldi, 2003, p. 6).

Essa ênfase é freqüentemente criticada na literatura, inclusive por psicanalistas, por duas razões. Primeiramente, por, paradoxalmente, tender a reproduzir nos serviços públicos as peculiaridades do consultório particular, mantendo certa despolitização. E também, por sustentar, via teoria, as relações de saber e poder que mantêm a lógica manicomial<sup>1</sup>. Conforme Bezerra Jr., essa ênfase clínica superdimensiona a intervenção psicológica em detrimento de práticas de intervenção no campo da interação entre sujeitos, e da interação dos sujeitos com seus ambientes (1996, p. 138). Os indivíduos são seres que se constituem na relação com o outro estando o tempo todo sendo agente de subjetivação. Portanto, uma intervenção, pautada numa lógica antimanicomial, deve atuar na rede de relações dos indivíduos e não apenas sua interioridade como propõe a ênfase clínica.

O segundo pólo da tensão, a ênfase política, denominada por vezes de “reabilitação psicossocial” ou “psiquiatria militante”, em geral descarta a noção de clínica em favor de uma prática política voltada para a reinserção social e para o resgate da cidadania. Os defensores dessa tese partem do pressuposto de que a inserção do portador do sofrimento mental no ambiente urbano só é possível numa prática coletiva. Priorizam as transformações sociais e institucionais e entendem a terapêutica como subproduto da ação política, buscando “superar a clínica em seu sentido clássico” (Almeida & Santos, 2001, p. 22).

Saraceno radicaliza essa posição afirmando que “as práticas terapêuticas que derivaram dos modelos de clínica são altamente insatisfatórias” e busca construir uma prática “que não tem muito o modelo de clínica como refe-

rência” (1996, p. 150). Ele descreve a reabilitação social como uma prática “à espera de teoria” e sugere que devemos, não só, construir referências para as novas práticas psi na saúde mental, como também, criar um termo que substitua a palavra clínica e que auxilie o processo de construção de um campo de atuação onde as intervenções produzam sentido, produzam emancipações e autonomia.

No entanto, o que atualmente prevalece no debate realizado no Brasil em torno dessa tensão é a clara tentativa de superação do dualismo infértil, resultante freqüente desse debate. Ana Pitta, Secretária Nacional para o Brasil da World Association for Psychosocial Rehabilitation (WHO), ao prefaciar o livro de Benedetto Saraceno sobre reabilitação psicossocial, diz que o “traço mais característico da Reabilitação Psicossocial no Brasil é a sua absoluta indissociabilidade da clínica” (Pitta, 2001, p. 8) e que aqui vem acontecendo boa clínica simultaneamente às ações psicossociais e extra-clínicas. Conta também que o próprio Saraceno tem conhecido por aqui algumas experiências e grupos, “uns mais ‘clínicos’ e outros mais ‘reabilitadores’”.

Uma das expressões mais freqüentemente utilizadas para designar as diferentes tentativas de articulação entre clínica e política é a de “clínica ampliada”. A proposta de trabalho da clínica ampliada visa superar a clínica tradicional e a dissociação entre reabilitação psicossocial de um lado e clínica de outro. Para isso propõe uma redefinição do objeto, do objetivo e dos meios de trabalho de assistência individual, familiar e de grupos. A finalidade da assistência individual é a produção de saúde por meio da reabilitação, do alívio do sofrimento e por meio do aumento do coeficiente de autonomia e de autocuidado dos pacientes, das famílias e das comunidades. A subjetividade é associada à noção de cidadania (Campos, 2001; Rinaldi, 2003). Além disso, a psicanálise tende a perder sua condição de saber absoluto nessas novas práticas clínicas, que recusam uma única disciplina teórica se apresente como centro do saber (Lobosque, 2001).

## Métodos e Resultados

Neste estudo foram entrevistadas, de um modo semi-estruturado, seis profissionais, psicólogas, de saúde mental pertencentes às cinco equipes de saúde mental da atenção básica de um Distrito Sanitário, sendo que uma delas é atualmente gerente de um Centro de Convivência. Existe uma evidente prevalência de mulheres entre os profissionais psicólogos que atuam nessa região. Em função de todas as profissionais entrevistadas serem do sexo feminino, utilizaremos o gênero feminino para nos referirmos às mesmas.

A análise das entrevistas utilizou as indicações de Turato (2003), de pesquisa clínico-qualitativa, para exploração de seu conteúdo. Os relatos foram analisados a partir de um processo de categorização dentro de dois princípios: o de repetição e o de relevância dos elementos presentes nas falas. Dentro dos objetivos da pesquisa estabelecemos três grandes categorias prévias que acompanham as perguntas do roteiro das entrevistas. Elas abordam as caracterís-

<sup>1</sup> Foucault (1987) já denunciava há mais tempo a relação histórica entre o dispositivo psicanalítico e as práticas manicomiais (p. 502-503).

ticas das mudanças na clínica; as relações entre clínica, políticas públicas e organização dos serviços; e as relações entre clínica, comunidade, região e cidade. Cada uma dessas grandes categorias incorpora algumas sub-categorias, que emergiram das entrevistas como temas prevalentes e relevantes. Conforme os relatos a clínica é pensada como sendo atravessada e constituída por um conjunto de processos, como, por exemplo, as políticas públicas, a organização dos serviços e a vida comunitária e social no contemporâneo da cidade.

Em função da riqueza do material produzido nas entrevistas, o mesmo será apresentado de modo mais extensivo, separado da problematização conceitual dos resultados. Com isso, se de um lado o texto perde certa fluência e elegância, por outro permitirá um melhor acesso a mais detalhes das falas, uma vez que não será possível abordar todos os elementos na discussão posterior.

#### *Características das Mudanças na Clínica*

Quando se trata de diferenciar a própria prática clínica na saúde mental da clínica clássica desenvolvida em consultório particular, a maior parte das entrevistadas aponta diferenças entre esses modos de atuação destacando alguns aspectos. Em primeiro lugar, esta é uma clínica desenvolvida dentro de uma rede de serviços, envolvendo diversos profissionais e uma variedade de recursos. Isso traz um *plus* de recursos que não estão disponíveis no consultório particular, que é descrito como sendo um lugar mais restrito e solitário.

“Na rede é permitido que você lance mão de outros recursos, de outros equipamentos, de outros profissionais . . . estou ali fazendo parte de um serviço de saúde mental” (E1).

“Consultório particular é um trabalho muito mais solitário. Você não tem ali os colegas de equipe para desenvolver esse trabalho. Existe a possibilidade de estender essa clínica para outras instâncias do Centro de Saúde e fora deste” (E6).

“Tem a possibilidade do trabalho intersetorial mais aberto” (E2).

A grande vantagem vislumbrada nessa diferença é a abertura de espaços de invenção e criação.

“Eu acho que a rede traz como diferença uma possibilidade de criatividade que o consultório particular muitas vezes não traz . . . Você pode criar possibilidades diferentes” (E1).

“O trabalho na saúde mental . . . cria condições de experienciar um tanto de situações que apenas dentro de um consultório particular você não tem” (E6).

Algumas profissionais apontam como principal diferença as questões ligadas diretamente à classe social da população, que marca tanto o perfil dos pacientes (na maioria pobres) quanto a modalidade de acesso ao atendimento (via prestação pública de serviço e não como contrato liberal pago pelo “cliente”).

No entanto, algumas profissionais afirmam a identidade entre a clínica exercida no consultório particular e a exercida no ambulatório de saúde mental.

“Eu penso que eu continuo fazendo uma clínica clássica se a gente tomar como parâmetros, os conceitos que me fazem trabalhar aqui . . . penso que alguns conceitos da clínica, pelo menos, da clínica freudiana persistem” (E5).

“Clinicamente é tudo muito parecido” (E4).

Nesses dois depoimentos a clínica ainda é pensada numa relação de extraterritorialidade social, autônoma em relação ao contexto onde é praticada. E a subjetividade, num desses depoimentos, é descrita como uma interioridade universal, conforme demonstra uma fala que afirma a igualdade entre as práticas: “o sofrimento, o mal-estar, está para cada um de nós” (E5).

*Formação profissional.* A maioria das profissionais entrevistadas enfatiza que a formação se deu a partir da própria experiência de trabalho na saúde pública, e não anteriormente à entrada no serviço.

“A minha formação se deu através do trabalho com as questões que se apresentavam” (E1).

“Eu penso que o que mais ajudou na minha formação foi a minha inserção no setor público porque a partir deste inesperado de me deparar sobre coisas que eu não sabia, aí, eu comecei a correr atrás” (E6).

A referência à psicanálise é constante. Apenas duas referências são feitas além das várias menções à psicanálise: uma profissional refere-se à importância da “análise institucional” (E4) e outra de uma formação interdisciplinar envolvendo filosofia, sociologia e psicanálise, com a seqüente articulação desses saberes junto à prática profissional (E3). Isso parece indicar um movimento, ainda incipiente, de relação mais plural com um conjunto de saberes, sem a histórica supremacia e mesmo exclusividade da psicanálise no Programa de Saúde Mental em Belo Horizonte.

#### *Relação entre Clínica, Políticas Públicas e Organização dos Serviços*

A fala das profissionais entrevistadas é, em geral, marcada pela importância dada às políticas públicas de saúde, tanto as de âmbito geral do Sistema Único de Saúde – SUS, quanto as específicas do campo da saúde mental. “A minha clínica ela está dentro de uma política de saúde, né? Ela é... nordeada por esta política de saúde” (E1).

As políticas de saúde se consubstanciam de modo operativo de algumas maneiras particulares: pela via das “prioridades” no atendimento de paciente, por uma lógica em rede no atendimento e por uma prática política de construção de um projeto portador de uma lógica própria, sempre a ser desenvolvido. Juntamente com essas discussões uma queixa sobre o aumento da demanda dos usuários pelo serviço, emergiu com ênfase nas entrevistas.

*As “prioridades”.* É quase consensual a assunção da prioridade do atendimento referida aos casos graves de neuropsicoses. Na maioria das vezes os profissionais se referem a essa diretriz como sendo uma decisão da qual eles mesmos participaram. Apenas uma entrevistada fala de uma relação de externalidade com essas prioridades e

reconhece sua dificuldade em cumpri-la. As demais falam das prioridades como uma construção da qual participaram e as maneiras como elas são atendidas. Isso foi um percurso historicamente construído, pois, inicialmente, o fluxo de pacientes tinha outras características: “No princípio era uma clínica predominantemente de problema de aprendizagem de criança. Uma demanda imensa das escolas e um excesso de demanda também de mulheres medicadas com benzodiazepínicos e antidepressivos” (E2). Atualmente as coisas se apresentam de outra forma: “Nem toda pessoa que procura o tratamento em saúde mental vai ser atendido, já que temos algumas prioridades. Estabelecemos que uma prioridade na saúde mental do ponto de vista da clínica seria atender as psicoses e as neuroses graves” (E1).

*Atendimento em rede.* Para viabilizar o cumprimento do programa de saúde de saúde mental a conexão com uma rede de serviços na saúde, e mesmo com parceiros externos a ela torna-se essencial, o que envolve a construção de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico: “E do ponto de vista da criação de uma rede de serviços uma implementação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico” (E2).

Essa rede de serviços envolve tanto os novos equipamentos como os Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAMs, que funcionam diariamente durante 12 horas, os Centros de Convivência, que desenvolvem oficinas com os paciente, os Serviços Residenciais Terapêuticos, as equipes complementares de atenção à criança e ao adolescente, e mais recentemente a Incubadora de Empreendimentos Solidários da Saúde Mental (Jornal Sirimim, 2005); quanto as articulações entre a equipe básica de saúde mental nas unidades básicas com o Programa de Saúde da Família - PSF e parcerias fora da rede pública.

Outra coisa que é do perfil do trabalho no Centro de Saúde é você se disponibilizar para o trabalho em equipe . . . Quanto mais você se disponibiliza para a parceria dentro do Centro de Saúde e fora, mais o trabalho é enriquecido . . . Até com a própria equipe a gente desenvolve trabalho, sabe? (E6).

“Faz parte do meu trabalho clínico, *stricto sensu*, estar em contato constante com outros profissionais de saúde” (E1).

O Programa de Saúde da Família – PSF – é mencionado como um componente tanto de facilitação do serviço quanto de integração da saúde mental nas unidades.

A organização do modelo PSF contribui para que o cidadão portador do sofrimento mental . . . fica mais fácil com os generalistas, com as enfermeiras, com as buscas ativas ficaram, se tornaram menos problemáticas. Então assim há um certo, é, uma certa mão dupla que tanto nós apoiamos aos generalistas e toda a equipe, quanto essa equipe nos apóia também quanto as dificuldades, com o sujeito que no caso que esteve aqui nos procurando. (E5).

No entanto as profissionais apontam as dificuldades presentes nesse trabalho em rede, que nem sempre atende aos objetivos que subsidiaram sua implementação. Algu-

mas falas avaliam uma desarticulação presente na rede, interesses conflitivos, que geram tensões e até mesmo situações de embate: “Acho que as instituições funcionam desarticuladas . . . Muitas vezes, a relação com os outros equipamentos está complicada. A gente entra num embate” (E1). “É difícil articular as outras instituições. Essa rede eu ainda acho que é muito falha, a gente, ainda, tem dificuldade” (E4).

*Política como construção continuada de um projeto.* Além da discussão da política numa dimensão de programa público oficial, existe uma outra dimensão indicada nas entrevistas que é a política inerente ao próprio trabalho da clínica em saúde mental, na forma de um movimento de construção progressiva das práticas antimanicomiais com o qual o profissional tem um compromisso cotidiano.

“A minha clínica tem um objetivo que faz parte da inserção do louco na cultura, que faz uma contraposição à lógica do manicômio. Existe uma reflexão política constante que atravessa o tempo todo a nossa prática” (E1).

Eu tenho uma prática teórica, uma prática de intervenção política e uma prática clínica articuladas deste o primeiro momento da minha inserção no serviço público . . . É um trabalho no cotidiano que a gente no município aposta nele, uma utopia ativa. (E2).

As entrevistas descrevem o trabalho em saúde mental como uma clínica em construção, que deve ser continuamente revista e reinventada.

“É nesta tensão entre a organização, a política, e a clínica é que a gente vai construindo e inventando as possibilidades. Então, é uma clínica e uma rede de saúde mental em construção” (E2).

“. . . que ela se organize, mas, que não perca uma certa originalidade, uma certa permissão para que coisas novas serem criadas” (E5).

*A demanda excessiva como problema.* Um ponto crítico que atravessa o cotidiano dos serviços é a crescente demanda de atendimento por parte da população, o que traz uma carga de trabalho, por vezes, extenuante. Juntamente com isso aparece uma avaliação quanto às condições de trabalho e remuneração inadequadas. Essa demanda aumentou com a crescente procura dos serviços por parte da classe média.

“Aqui existe um excesso de paciente” (E6).

“Então as condições de trabalho e de remuneração têm que ser adequadas” (E2).

“Acho que o profissional do Centro de Saúde está esgotado porque é um mercado ao contrário, né? Quanto mais a gente trabalha, menos a gente recebe” (E1).

#### *Relações entre Clínica, Comunidade, Região e Cidade*

As entrevistas, neste grande tema, abordam dois importantes aspectos: uma descrição das particularidades do Distrito Sanitário onde as profissionais trabalham, e uma discussão sobre o manejo da família, rede de relacionamentos do paciente, e da cidade, no contexto dos tratamentos.

*Características da Regional.* O Distrito Sanitário no qual as profissionais trabalham, é descrito como sendo marcado por um forte contraste sócio-econômico: bairros de classes média e alta ao lado de vilas e favelas. Esse contraste gera tensões entre a clientela.

É uma região muito rica, mas com bolsões de pobreza muito forte e um contraste muito grande. Eu atendo desde classe média até o mais miserável do miserável . . . isso tem criado uma certa tensão entre o usuário que é desfavorecido e o outro. (E3).

Um aspecto destacado na fala dos entrevistados, ao se referirem às micro regiões, chamadas de alto risco – as vilas e favelas – é a presença do narcotráfico e o aumento da violência no cotidiano dos pacientes, marcadamente nos últimos 10 anos, com a repercussão disso na prática clínica.

Não é a mesma vila de 8 ou 10 anos atrás. [Devido à violência] as pessoas estão querendo deixar a região . . . É uma clínica que eu atuo muito, assim: matou hoje amanhã já está o filho aqui, o pai foi assassinado na porta do posto, percebe? (E5).

Nós temos aqui uma intensificação do tráfico de drogas. Então, acho que isso interfere na subjetividade das pessoas porque o tráfico muito intenso gera muita violência. Eu atendo aqui muitas crianças jovens e adultos que não estão conseguindo dormir, estão com muito medo da violência. (E6).

É a clínica também das mulheres que chegam e dos filhos que chegam com suas mães logo a seguir da morte, da perda de um parente, de um pai, de um irmão que foi assassinado no dia anterior muito próximo da porta do Centro de Saúde . . . A gente também está vivendo situações de risco de vida dos profissionais. (E2).

Por vezes a violência atinge diretamente a unidade de saúde, levando-a a um fechamento provisório. “Ontem mesmo o Centro de Saúde X fechou, há duas semanas atrás foi o nosso” (E2).

*Relação com familiares, rede de relacionamentos dos pacientes, e a cidade.* Existe um reconhecimento, em geral, da necessidade do recurso à família, a busca de apoios na comunidade onde habita o paciente, e o desenvolvimento de uma clínica comprometida com a inserção na cidade. “Acho que a inserção pública te deixa muito cara a cara com as questões da cidade e da cidadania . . . uma prática de compromisso ético tanto com sua profissão como um compromisso político de uma inserção maior na cidade” (E6).

Entretanto, na ação particular nas unidades locais de saúde a relação com a família e comunidade visa, fundamentalmente, garantir a boa condução do tratamento. Ou seja, em geral, a família e a comunidade são convocadas com o objetivo estrito de colaborar com o atendimento do caso clínico. “E como eu não faço terapia de família, não é minha proposta, eu tenho o meu paciente. E quando ele está em risco, ou tem algum assunto, eu chamo a família” (E4).

Algumas apontam que o trabalho com os familiares poderia ser melhor explorado, mas faltam condições teóricas e experiência anterior: “Acho que teríamos uma possibili-

dade de protelar ou minimizar a possibilidade de eclosão de uma crise se tivéssemos condições teóricas para trabalhar melhor com os familiares. Esse é um aspecto do trabalho que estou tentando desenvolver” (E2).

De qualquer modo a relação entre família e atendimento é apontada como sendo trabalhosa e, por vezes, conflitiva: “Acho que a família do doente mental tem que se sentir responsável também por ele. A saúde assume, mas, acho que eles têm que se responsabilizar” (E4).

Apenas o Centro de Convivência toma a família efetivamente como parceiro, desenvolvendo movimentos ativos de inclusão desta nas atividades desenvolvidas.

A gente faz um trabalho com o familiar no Centro de Convivência num sentido de trazer este familiar para o Centro de Convivência, através de atividades que a gente abre para o familiar e através das assembléias que ele participa. (E3).

#### *A Noção de Clínica Ampliada*

Diante da pergunta final sobre como entendem a noção de clínica ampliada, as entrevistadas fizeram uma reflexão retomando elementos já apontados anteriormente na direção de uma síntese que comporta dois eixos diferenciais.

O primeiro deles enfatiza a dimensão metodológica dessa clínica, sua pluralidade de recursos numa “prática feita por muitos”, além da participação do psicólogo em outras ações não diretamente ligadas ao tratamento.

“O que entendo por clínica ampliada é essa clínica que, primeiro é feita por vários atores” (E3).

“Existem vários profissionais atuando com o sujeito psicótico, o que facilita muito” (E5).

“Eu penso que é isso mesmo uma clínica que se estende, a participação do psicólogo nos outros projetos do Centro de Saúde, além do atendimento do consultório” (E6).

Essa dimensão “metodológica” está diretamente associada com o desenvolvimento de uma dimensão epistemológica, de um novo olhar teórico e conceitual, que caminha na direção de articular a dupla condição do paciente, como sujeito e como cidadão. O que também, não se produz sem conflitos ou tensões.

“Então a clínica ampliada é a que pensa o sujeito e o cidadão, o sujeito com os direitos de cidadania” (E2).

“É uma clínica ampliada porque em qualquer lugar que eu esteja tem um compromisso com a cidadania e um compromisso com a escuta do sujeito” (E6).

“Clínica ampliada é um campo tenso de se trabalhar. Não acho que somos preparados para isto, porque você sai de um discurso médico, vai para um discurso político, sai do discurso político, então, é uma tensão. A clínica ampliada é a clínica da tensão” (E1).

#### **Discussão: Uma Clínica Transversalizada**

A discussão dos variados elementos presentes nas entrevistas convoca a uma abordagem mais global do problema das práticas clínicas. Por isso retomaremos a análise a partir das primeiras críticas feitas ao modelo clássico de clínica e a articularemos com conceitos que colaborem na

construção de um plano analítico de investigação das práticas clínicas em saúde mental.

Em 1977, o cientista social Guilhon Albuquerque abordou uma análise do contexto sócio-econômico da psicoterapia, a partir do que os psicoterapeutas e psicanalistas, na época, diziam sobre a própria prática. Seu olhar sociológico demonstrou estranhamento ao perceber que “os psicoterapeutas, refletindo sobre sua própria prática, tendem a conferir-lhe uma espécie de extraterritorialidade social” (Albuquerque, 1978, p. 54). A prática clínica teria, supostamente, a especificidade de realizar-se num tempo e espaço estranhos à realidade social. O autor reconhecia na literatura sobre psicoterapia a assunção da presença dos determinismos sociais, entretanto esses determinismos eram sempre encarados como fatores que atuavam de fora em sua interferência sobre a clínica.

Foucault (1979) fez uma análise da clínica clássica, particularizada na psicanálise, descrevendo sua organização a partir de um conjunto de regras. A regra do contrato livre, que estabelece, nos moldes de um contrato liberal, as condições para uma relação privada. O cliente se faz presente nessa relação conquanto indivíduo dotado de volição própria (mesmo que essa não seja expressão direta da sua consciência). A regra da liberdade discursiva que concentra na dimensão da fala os efeitos fundamentais do processo. Finalmente, a “regra do divã, que só dá realidade aos efeitos produzidos neste lugar privilegiado e durante esta hora singular” (Foucault, 1979, p. 125). Encontramos nesse dispositivo da “clínica clássica” uma consonância com a modalidade de indivíduo independente, típico das sociedades liberais industrializadas, cujo psiquismo é pensado como interioridade subjetiva. Os efeitos buscados nessa clínica são essencialmente simbólicos, e a realidade que é visada está restrita à intimidade do consultório, produzindo o que Albuquerque chamou de neutralização dos fatos sociais. Essas críticas, quanto à postura dos psicoterapeutas de reivindicarem uma neutralização do social, da economia, da política, da cultura, etc., se mostraram contundentes no Brasil no final da década de 1970 e durante a década de 1980 (Ferreira Neto, 2004).

Curiosamente Albuquerque (1978) advertia que essa neutralização só era possível em condições de “endogamia social” entre terapeuta e paciente, ou seja, terapeuta e paciente participarem da mesma classe social. A contratação de grandes contingentes de psicólogos para atuarem em Programas de Saúde Mental em vários estados brasileiros promoveu o encontro de um grande número de profissionais da psicologia com segmentos mais empobrecidos da população, rompendo assim a condição anterior de endogamia social, e criando novas possibilidades de transformação da prática tradicional da psicologia clínica.

Dois conceitos podem trazer uma iluminação interessante para a discussão dos resultados colhidos nesta pesquisa: o conceito de dispositivo, tal como foi formulado por Michel Foucault, e o conceito de transversalidade, proposto por Felix Guattari (1981).

Foucault, inicialmente, define o dispositivo a partir de três aspectos. Em primeiro lugar é um conjunto de elementos

heterogêneos, tais como “discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas . . . o dito e o não dito” (Foucault, 1979, p. 244). Em segundo lugar, existe uma relação dinâmica entre esses elementos, um jogo estratégico envolvendo mudança de posições e funções. Finalmente, um dispositivo é uma formação constituída num momento histórico preciso, visando responder a uma urgência. E nesse aspecto, podemos analisar a chamada clínica clássica e as práticas clínicas em saúde mental como diferentes dispositivos, que se apresentam como conjuntos de componentes diferentes, com posições e funções diversas e respondendo, historicamente, a demandas e urgências também diferentes.

Em primeiro lugar, a clínica clássica, conforme apontado por vários autores (Lo Bianco & Bastos, 1994), afirmava sua suposta homogeneidade de composição, não reconhecendo em sua prática a heterogeneidade dos elementos que a compunham. Sua definição de *setting* ou enquadre, visava à produção de um espaço e uma temporalidade autônomas em relação à vida social, econômica, política, cultural, etc. Em segundo lugar, seu jogo estratégico afirmava a separação entre realidade psíquica, matéria prima de sua atuação, e a realidade material, de importância secundária e externa ao cenário do tratamento. Finalmente, o dispositivo da clínica clássica tem sua condição histórica no início dos anos 1960, período da industrialização e modernização do país, iniciado por Juscelino Kubitschek e conduzido após 1964 pelo Regime Militar, visando atender uma classe média crescentemente marcada por valores individualistas e ávida pelo consumo dos serviços psicológicos (Costa, 1984).

Em contrapartida, a clínica desenvolvida na saúde mental investigada nesta pesquisa é descrita como composta de elementos heterogêneos. Os profissionais entrevistados falam de como sua prática está conectada com as políticas públicas, com a legislação do SUS, com o trabalho em conjunto com outros profissionais, associações e projetos, com a comunidade e a cidade, com os processos sócio-econômicos de empobrecimento generalizado, com aumento do narcotráfico e da violência urbana, etc. Em segundo lugar, a prática desenvolvida também se assume como decididamente menos asséptica, comportando um leque maior de variações, e mesmo de invenção de outras modalidades de ação e reflexão. E por último, essa clínica tem sua condição histórica presente na derrocada do Regime Militar, com o surgimento dos movimentos sociais de base popular, com a demanda de que era chegada a hora e a vez do “social” e a necessária implementação dos compromissos sociais do Estado com a população, visando atender à urgência da chamada questão social (Ferreira Neto, 2004; Gohn, 1997).

Aqui o conceito de transversalidade ajuda a perceber uma direção dessa mudança. Guattari (1981) define a transversalidade como o aumento da comunicação entre diferentes níveis e diferentes sentidos das múltiplas forças que atravessam e compõem os processos. O “coeficiente de transversalidade” designa o grau de percepção e atua-

ção institucional das múltiplas dimensões que atravessam e produzem os processos de subjetivação.

Furtado e Campos retomam o conceito de transversalidade articulando-o ao trabalho do SUS. Este teria um eixo vertical através do exercício verticalizado das políticas nacionais de saúde do Ministério da Saúde, e um eixo horizontal presente no encontro dessas políticas federais com as instâncias locais de atuação. Quando “o eixo vertical encontra no eixo horizontal maior porosidade, maior capacidade de articulação, maior engajamento dos diversos atores que constituem o campo da saúde, opera-se uma rotação do eixo que tende à transversalização” (Furtado & Campos, 2005, p. 117-118).

Assim, quando observamos as primeiras respostas dos profissionais sobre as características dessa nova clínica, encontramos descrições que falam de conexões, extensões e articulações, como patamar comum das práticas desenvolvidas: Essa clínica comporta um coeficiente de transversalidade mais acentuado que a prática clássica, e os atravessamentos podem ser tomados como elementos dinamizadores de novas ações que estendem o alcance da clínica do portador de sofrimento mental. Isso que não impede, como veremos a seguir, essa nova prática ser recapturada por construções que novamente restringem essa transversalidade.

De fato, algumas falas apontam na direção de persistência de antigas concepções, próprias da clínica clássica de base psicanalítica, como a psicóloga que demarca o não pagamento do tratamento como uma diferença importante, “quando o sujeito paga isso marca uma diferença no tratamento . . . é a minha maneira de trabalhar, no lugar de analista que eu ocupo” (E5). Ora, o pagamento direto do tratamento só é uma questão no âmbito da clínica privada, que se apresenta sob a regência de um contrato liberal de venda de serviços. No âmbito do serviço público a remuneração não se efetiva na relação direta entre o prestador do serviço e seu consumidor, mas a partir da prática social de recolhimento de impostos e da gestão estatal. Portanto, essa última fala importa da clínica privada um problema que não se coloca, ao menos dessa maneira, na clínica realizada no âmbito público, mas, ao mesmo tempo, demonstra a persistência do modelo clássico da clínica servindo ainda como referência para compreensão de práticas que já ocorrem em novas bases.

Campos (2001) aponta, em artigo sobre as práticas clínicas em saúde mental, a importância do uso de outros recursos além da tradicional relação dual. Afirma a necessidade do tratamento das famílias dos pacientes psicóticos, além da importância do trabalho com grupos e das atividades nas oficinas para esses pacientes. “Assim, no caso dos serviços substitutivos, o objetivo declarado de evitar as perdas de laços sociais e familiares coloca o imperativo de tratar também as famílias” (Campos, 2001, p. 106). Existe, portanto, uma produção incipiente sobre as possibilidades dessas novas práticas, que já porta uma elaboração teórica e conceitual, mesmo que seu conhecimento ainda não esteja tão amplamente difundido entre os profissionais, como seria desejável. Os documentos oficiais mais

recentes da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (s.d.) corroboram na tendência de apontar para o necessário caráter inter e transdisciplinar do trabalho da saúde mental. O texto escrito pela Coordenação da Saúde Mental anuncia essa direção: “Buscamos, pois, explicitar a relação do Projeto de Saúde Mental de Belo Horizonte com as teorias estabelecidas: recusadas como fundamentos, são companheiras constantes e bem vindas como ferramentas que nos ajudem a trabalhar” (Jornal Sirimim, 2004).

Uma questão que acompanha a diferença entre as práticas é a relação entre a clínica e a cidade. Muito mais que o viés administrativo de gestão via município e distrito, existe uma compreensão que uma prática efetiva busca operar tanto na subjetividade quanto nos elementos sociais que participam de sua produção. A cidade comporta facetas variadas. Fonte de recursos diversos que colaboram com o tratamento e espaço de intervenção para “promover no social certa elasticidade” e mediar “a reconstrução de um convívio . . . numa micropolítica, num trabalho – ainda que localizado, ambicioso – de transformação social” (Lobosque, 2001, p. 97). A cidade também apresenta seu lado produtor de adoecimento e as entrevistas enfatizam alguns aspectos disso, tais como a pauperização da população, a violência e o tráfico de drogas concorrendo para intensificar o sofrimento mental.

Em suma, os depoimentos revelam novas dimensões das práticas clínicas surgidas na saúde mental, a partir do encontro das políticas públicas com os serviços locais, mesmo que ainda misturadas com elementos do modelo clássico, levando os profissionais, cada vez mais, a lidarem com esse entrecruzamento, menos como um atravessamento dificultador da clínica a ser evitado (como no modelo clássico) e mais como fator potencializador de um tratamento que pensa o paciente como sujeito e como cidadão. A expressão clínica ampliada ganha aí vigor e relevância, como manejo produtivo da tensão entre clínica e política.

O que é descrito como dificultador é a desarticulação freqüente do trabalho “em rede” e o aumento da demanda por atendimento sempre crescente. O que há de potencializador é descrito como aumento dos recursos não disponíveis no consultório particular (a equipe, outros profissionais, outros equipamentos, o trabalho intersetorial, etc.). Tudo isso promove a abertura de espaços de invenção e criação, ampliando o campo das possibilidades dessa clínica transversalizada.

Para concluir vale lembrar que a possibilidade de generalização dos resultados obtidos é, evidentemente, parcial, uma vez que a experiência do Programa de Saúde Mental em Belo Horizonte, ainda que possua elementos em comum com as experiências desenvolvidas em outros estados brasileiros, possui uma história própria e específica.

Como desdobramentos possíveis dessa investigação dois temas de relevância mereceriam uma investigação específica. Primeiramente, a abordagem das práticas não clínicas que ocorrem na saúde mental, presentes nos Centros de Convivência, nas Moradias Terapêuticas e nas Coope-

rativas de geração de trabalho e renda. Seria importante compreender como esses recursos se aliam com as práticas clínicas, *stricto sensu*, para a produção de práticas emancipatórias, clínico-políticas, dos portadores de sofrimento mental.

Em segundo lugar, a integração entre saúde mental e saúde pública. Nesse momento a dissociação entre Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica se reduz, e a articulação entre saúde mental e o conjunto da saúde pública se afirma, especialmente através do PSF. Em Belo Horizonte e outros municípios, procedimentos de integração entre as equipes de saúde mental e o PSF têm sido implementados. Devemos indagar, então, quais os impactos e desdobramentos acompanharão essa tendência, serão necessários?

### Referências

- Albuquerque, J. A. G. (1978). *Metáforas da desordem: O contexto social da doença mental*. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra.
- Almeida, P. F., & Santos, N. S. (2001). Notas sobre as concepções de clínica e ética na reforma psiquiátrica brasileira: Impasses e perspectivas de uma prática em construção. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, 21(3), 20-29.
- Bezerra, B., Jr. (1996). A clínica e a reabilitação psicossocial. In A. Pitta (Ed.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 137-142). São Paulo, SP: Hucitec.
- Campos, R. O. (2001, maio/ago.). Clínica: A palavra negada – Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 25(58), 98 – 111.
- Carvalho, A. A., Oliveira, A. L. A., & Ulian, A. (1988). A escolha da profissão: Alguns valores implícitos nos motivos apresentados pelos psicólogos. In Conselho Federal de Psicologia. (Ed.), *Quem é o psicólogo brasileiro?* (pp. 49-68) São Paulo, SP: Edicon.
- Conselho Federal de Psicologia. (Ed.). (1988). *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo, SP: Edicon.
- Costa, J. F. (1984). *Volência e Psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Dimenstein, M. D. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: Desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 53-81.
- Féres-Carneiro, T., & Lo Bianco, A. C. (2003). Psicologia clínica: Uma identidade em permanente construção. In O. H. Yamamoto & V. V. Gouveia (Eds.), *Construindo a Psicologia brasileira: Desafios da Ciência e da prática psicológica* (pp. 99-119) São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Ferreira Neto, J. L. (2004). *A formação do psicólogo: Clínica, social e mercado*. São Paulo, SP: Escuta.
- Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: A clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro, RJ: Relume-Dumará.
- Foucault, M. (1987). *História da loucura* (2. ed.). São Paulo, SP: Perspectiva.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Furtado, J. P., & Campos, R. O. (2005, mar.). A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 8(1), 109-122.
- Gohn, M. G. (1997). *Teorias dos movimentos sociais: Paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo, SP: Loyola.
- Guattari, F. (1981). *Revolução molecular: Pulsações políticas do desejo*. São Paulo, SP: Brasiliense.
- Jornal Sirimim, 3(3). (2004, ago./dez.). Belo Horizonte, MG: Secretaria Municipal de Saúde.
- Jornal Sirimim, 4(1). (2005, jan./abr.). Belo Horizonte, MG: Secretaria Municipal de Saúde.
- Lima, M. (2005, set./dez.). Atuação psicológica coletiva: Uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 431-440.
- Lo Bianco, A. C., & Bastos, A. V. B. (1994). Concepções e atividades emergentes na Psicologia clínica: Implicações para a formação. In Conselho Federal de Psicologia. (Ed.), *Psicólogo brasileiro: Práticas emergentes e desafios para a formação* (pp. 7-79). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Lobosque, A. M. (2001). *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro, RJ: Garamond.
- Lobosque A. M., & Abou-yd, M. (1998). A cidade e a loucura: Entrelaces. In C. R. Campos, D. Malta & A. Reis (Eds.), *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o público* (pp. 243-264). São Paulo, SP: Xamã.
- Mancebo, D. (1997). Formação do psicólogo: Uma breve análise dos modelos de formação. *Psicologia Ciência e Profissão*, 17(1), 20-27.
- Mendonça, J. B., Filho. & Alkimin, W. (1998). *A saúde mental no município de Belo Horizonte. Prática em saúde mental nos centros de saúde*. Mimeo.
- Pitta, A. (2001). Apresentação. In B. Saraceno. *Libertando identidades: Da reabilitação psicossocial à cidadania possível* (2. ed.). Rio de Janeiro, RJ: TeCorá.
- Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. (1985). *Programa de Ações em Saúde Mental. Região Metropolitana de Belo Horizonte*. Belo Horizonte, MG: Autor.
- Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. (2003). *Saúde Mental na Assistência Básica*. Belo Horizonte, MG: Autor.
- Rinaldi, D. (2003). *Clínica e Política: A direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental*. Retirado em 20 nov. 2005, de <http://users.hotlink.com.br/ipbbras/ana2003/doris.htm>
- Saraceno, B. (1996). Reabilitação psicossocial: Uma prática à espera de teoria. In A. Pitta (Ed.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 150-154) São Paulo, SP: Hucitec.
- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. (s.d). *1993-2003 Projeto de Saúde Mental de Belo Horizonte – 10 anos de luta*. Belo Horizonte, MG: Autor.
- Turato, E. (2003). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Recebido: 20/11/2006  
1ª revisão: 29/05/2007  
Aceite final: 08/08/2007