

Centro de Atenção Psicossocial e território: espaço humano, comunicação e interdisciplinaridade

*Psychosocial support center
and territory: human
space, communication,
and interdisciplinarity*

Michelle de Almeida Cézar

Psicóloga, Unidade de Atenção Primária à Saúde de Jeceaba (MG).
Jeceaba – MG – Brasil
miacezar@hotmail.com

Walter Melo

Professor, Programa de Pós-graduação em Psicologia/Universidade
Federal de São João Del-Rei (UFSJ); Programa Interdepartamental
de Pós-graduação Interdisciplinar em Artes, Urbanidades e
Sustentabilidade/UFSJ; Programa de Pós-graduação em Psicologia/
Universidade Federal de Juiz de Fora.
São João Del-Rei – MG – Brasil
wmelojr@gmail.com

Recebido para publicação em 07.08.2016.

Aprovado para publicação em 09.05.2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702018000100008>

CÉZAR, Michelle de Almeida; MELO, Walter. Centro de Atenção Psicossocial e território: espaço humano, comunicação e interdisciplinaridade. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.25, n.1, jan.-mar. 2018, p.127-142.

Resumo

Este artigo aborda a reforma psiquiátrica a partir da dimensão teórico-conceitual, por meio do conceito de território, analisado como espaço humano, como comunicação e relacionado ao modo de produção de conhecimento interdisciplinar. Estes conceitos (território e interdisciplinaridade) foram identificados em entrevista semiestruturada com o psiquiatra e professor Pedro Gabriel Delgado, que os qualificou como operativos. Concluímos que essa compreensão permite que teoria e prática configurem-se como praxis, como atividade produtora de sentido e de transformação, possibilitando a estreita relação entre o funcionamento dos serviços substitutivos e a transformação da relação entre loucura e sociedade.

Palavras-chave: Centro de Atenção Psicossocial; território; interdisciplinaridade; reforma psiquiátrica.

Abstract

The psychiatric reform is addressed from a theoretical and conceptual perspective through the concept of territory, which is analyzed as human space, as communication, and as related to the way interdisciplinary knowledge is produced. These concepts (territory and interdisciplinarity) were identified in a semi-structured interview with the psychiatrist and professor Pedro Gabriel Delgado, who classified them as operative. We conclude that this understanding enables theory and practice to be configured as praxis, producing meanings and transformations and enabling close ties between the functioning of community-based services and the transformation of the relationship between insanity and society.

Keywords: psychosocial support center; interdisciplinarity; psychiatric reform.



A experiência de reforma psiquiátrica foi iniciada, no Brasil, na década de 1970 e deu origem a diversas transformações sociais, permitindo a emergência de um novo modelo de assistência em saúde mental. A lei n.10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica, aprovada em 2001, além de garantir direitos e proteção às pessoas com transtornos mentais, redirecionou o modelo de assistência psiquiátrica, priorizando o atendimento comunitário e extra-hospitalar (Brasil, 6 abr. 2001). A aprovação da lei legitimou a constituição de novos serviços, criados ao longo das décadas de 1980 e 1990. Dentre eles, destacaram-se as experiências do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps), em Santos.

A portaria n.224 de 1992 regulamenta o atendimento ambulatorial, conferindo aos Naps/Caps essa função no campo da saúde mental (Brasil, 29 jan. 1992). A portaria n.336 de 2002, por sua vez, atualiza a anterior e regulamenta os serviços de saúde mental em diferentes modalidades de Caps (Brasil, 19 fev. 2002). Dessa forma, os Caps tornam-se o principal dispositivo assistencial da reforma psiquiátrica brasileira, pois seu caráter substitutivo permite, como aponta Amarante (2007), a transição do modelo biomédico/asilar para o modelo da atenção psicossocial. Configuram-se como uma unidade de atendimento capaz de oferecer aos seus usuários um programa de cuidados intensivos, elaborado por uma equipe de profissionais, com objetivo de oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a inserção dos usuários do serviço na comunidade por meio do trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Sales, Dimenstein, 2009).

Esses serviços devem estar voltados para a superação do manicômio como expressão da tutela e da coerção (Amarante, 2007), constituindo-se como espaços de cuidado e trocas sociais, desenvolvendo ao máximo suas atividades no território a fim de construir uma rede de relações com a comunidade na qual estão inseridos, favorecendo os processos de autonomia. A reforma psiquiátrica brasileira teria, portanto, como marca distintiva, o reclame pelo exercício da cidadania (Tenório, 2002).

Assim, podemos afirmar que, em nosso país, o campo da saúde mental encontra-se em pleno processo de transformação. As internações em manicômios, que caracterizavam as práticas de exclusão social, deram lugar a tratamentos em serviços inseridos no cotidiano das cidades, possibilitando a manutenção dos vínculos familiares e sociais. A partir da perspectiva da reforma psiquiátrica brasileira e do Movimento de Luta Antimanicomial, foram estipuladas mudanças na legislação, nos modelos teóricos, na organização dos dispositivos de tratamento e nas novas formas de diálogo com a sociedade. Essas mudanças, no entanto, não aconteceram de maneira linear, evidenciando a complexidade de um processo social que entrelaça dimensões simultâneas, que ora criam contradições, ora convergem. Nesse sentido, o campo da saúde mental no Brasil pode ser caracterizado a partir de quatro dimensões interdependentes: jurídico-política; teórico-conceitual; técnico-assistencial; e sociocultural (Amarante, 2007).

Neste artigo, propomos o debate acerca do conceito de território interligado à interdisciplinaridade. Essenciais para a consolidação do Caps como serviço substitutivo, esses conceitos foram identificados em entrevista semiestruturada¹ com o psiquiatra e professor Pedro Gabriel Delgado, que os qualificou como operativos. Este artigo é fruto,

portanto, de uma ampliação do escopo de análises efetuadas anteriormente, levando em consideração a dimensão teórico-conceitual da reforma psiquiátrica a partir dos conceitos citados por Delgado (2016, p.11-45) ao longo da entrevista.

Aspectos metodológicos: entrevista, análise e conceitos operativos

De acordo com Minayo (2009), a entrevista tem como objetivo levantar informações relevantes a respeito de um determinado objeto de pesquisa. Essa “forma privilegiada de interação social” (Minayo, 2010, p.262) possibilita que o pesquisador entre em contato com atores sociais que podem trazer importantes dados para o campo de estudo, que corroborem ou divirjam dos conhecimentos preponderantes. No caso específico de nossa entrevista, partimos de conhecimentos abrangentes sobre a reforma psiquiátrica brasileira e, mais especificamente, do conhecimento construído no Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde (Nepis), da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Assim, afirmamos o conhecimento como uma construção social que acontece em âmbito grupal (Kuhn, 2007) e a entrevista como uma forma específica que possibilita a construção do conhecimento a partir da interação social (Minayo, 2010).

A preparação da entrevista é uma das etapas mais importantes da investigação. É necessário fazer seu planejamento conforme o objetivo a ser alcançado e escolher o entrevistado, ou seja, alguém que tenha familiaridade com o tema pesquisado. Deve-se verificar sua disponibilidade para realizar a entrevista e preparar o roteiro com os pontos ou questões relevantes (Lakatos, Marconi, 1991).

Boni e Quaresma (2005) argumentam que as entrevistas semiestruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, e, por isso, o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto sem ficar preso à questão formulada. Nessa modalidade de entrevista, o pesquisador deve seguir um conjunto de questões definido previamente e estar atento, dirigindo a discussão para o assunto que o interessa, a fim de elucidar pontos que não ficaram claros ou recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha se distanciado do tema. Essa técnica é utilizada, principalmente, quando se deseja delimitar o volume das informações a fim de obter um direcionamento mais pontual para determinado tema.

A principal vantagem das entrevistas abertas e semiestruturadas é que, ao contrário dos questionários, apresentam um índice de respostas mais abrangente. As entrevistas também possibilitam a correção de enganos dos informantes, que muitas vezes não poderiam ser corrigidos no caso do uso de questionário escrito. As entrevistas têm como vantagem certa flexibilidade quanto à duração, o que permite uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos (Boni, Quaresma, 2005).

Em nosso caso específico, a escolha por entrevistar Pedro Gabriel Delgado se deu pelos seguintes motivos: trata-se de importante articulador do projeto que deu origem à Lei da Reforma Psiquiátrica; durante dez anos exerceu a função de coordenador nacional de saúde mental; nesse período, foi aprovada a lei citada e ocorreu a consolidação do Caps como dispositivo ordenador da reforma psiquiátrica brasileira. O roteiro de entrevista teve como objetivos principais levantar dados sobre a elaboração do projeto de lei n.3.657, de 1989 (Brasil, 29 set. 1989), e sua aprovação, com diversas modificações, como a lei n.10.216,

assim como debater sobre a implantação e atual situação dos Caps. As 13 perguntas² dizem respeito, em sua maioria, às dimensões jurídico-política e técnico-assistencial,³ como descritas por Amarante (2007). A décima questão, no entanto, abordou os conceitos de território e interdisciplinaridade, o que possibilitou a Delgado desenvolver a dimensão teórico-conceitual a partir de conceitos operativos, tema específico deste artigo.

Inicialmente, serão elencadas as definições dos conceitos citados na entrevista e as referências a autores. Em seguida, esses dados serão cotejados com a portaria n.336, que regulamenta os Caps e atualiza a portaria n.224 (Brasil, 19 fev. 2002), assim como artigos de diversos autores que abordam questões conceituais referentes à reforma psiquiátrica, notadamente do próprio Delgado (1999; Reforma..., 2013) e do geógrafo Milton Santos (2002, 2005, 2012), com o intuito de ampliar o debate acerca dos conceitos. Vale lembrar que os conceitos foram qualificados como operativos, possibilitando que teoria e prática configurem-se como práxis, como atividade produtora de sentido e de transformação social. Assim, os conceitos são enunciados em sua estreita relação com o funcionamento dos serviços substitutivos (Caps).

De acordo com Minayo (2009), os conceitos são caracterizados como valorativos, pragmáticos e comunicativos. Assim, o pesquisador deve tornar explícita a base teórica a qual o conceito está remetido (aspecto valorativo); os conceitos devem criar condições para a descrição e interpretação da realidade, ou seja, devem ser operativos (aspecto pragmático); e é necessário que sejam claros para serem compreendidos (aspecto comunicativo). Neste artigo, devemos destacar, portanto, o aspecto pragmático, pois é esse que nos garante o caráter operativo dos conceitos, possibilitando-nos descrever e interpretar a realidade. É dessa maneira e seguindo a indicação dada por Pedro Gabriel Delgado na entrevista que abordaremos como operativos o conceito de território interligado à interdisciplinaridade.

Território como espaço humano

Um dos desafios que o Caps tem é ser um serviço territorial. ... Território é um conceito essencial, é o território do Milton Santos, não o território que vai da rua a rua tal. É o território vivo, como força viva, como interação. ... Acho que é preciso investir muito mais no sentido de recuperar a força do território para o Caps, fazer do Caps um dispositivo territorial (Delgado, 2016, p.32).

Nesses trechos da entrevista, alguns pontos devem ser salientados: (1) para o entrevistado, ser um serviço territorial é um desafio, ou seja, algo que não foi alcançado pelos Caps; (2) é feita uma distinção entre território e área de abrangência; (3) território é definido a partir das interações sociais; (4) Milton Santos é citado como autor de referência. Partiremos da definição de território para Santos, com a finalidade de entender a relação entre espaço físico (área de abrangência) e território como local em que acontecem interações sociais, para, em seguida, debater os fatores que fazem do Caps um possível serviço territorial como algo que ainda não se concretizou.

O Caps se configura como uma estratégia de produção de cuidados, como um arranjo institucional que se faz por meio de uma rede de ações realizadas além das fronteiras do

serviço. Temos, assim, a saúde como produção social, e, nessa produção, a concepção de território é fundamental, caracterizando os modos de atuação no cotidiano desses serviços (Yasui, 2010).

Para Milton Santos (2002, 2005), o território é dinâmico, vivo, formado por inter-relações. Não é um objeto estático e tem papel fundamental na vida do indivíduo e no corpo social, englobando tanto as características físicas de determinada área como aquelas produzidas pelo próprio homem:

O território não é apenas um conjunto de formas naturais, mas um conjunto de sistemas naturais e artificiais, junto com as pessoas, as instituições e as empresas que abriga, não importando o seu poder. O território deve ser considerado em suas divisões jurídico-políticas, suas heranças históricas e seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo. É desse modo que ele constitui, pelos lugares, aquele quadro da vida social onde tudo é interdependente (Santos, 2002, p.84).

Santos (2005) aponta-nos, portanto, a interdependência entre diversos fatores (modo de produção, formação social e espaço), caracterizando o território como algo dinâmico: “o espaço não é uma simples tela de fundo inerte e neutro” (p.30). Temos, assim, o espaço geográfico como um produto sócio-histórico, como espaço habitado, em suma, como “espaço humano” (p.119). O território é caracterizado, portanto, pelos aspectos físicos e dinâmicos, não sendo possível confundi-lo apenas com sua forma.

O Caps possui uma área de abrangência, atendendo a uma determinada população, mas apenas esse aspecto físico não faz do Caps um serviço territorial, sendo necessária, também, a integração dos aspectos dinâmicos, que configuram o espaço como estrutura social, em sua “inércia dinâmica” (Santos, 2012). Assim, o Caps está localizado em uma casa, de uma determinada rua, de um determinado bairro, atendendo uma população que integra uma área de abrangência. Esses aspectos formais do território são, por um lado, inertes, mas, por outro, dinâmicos, pois fazem parte de processos históricos que não podem ser ignorados. Além disso, o território como espaço humano afirma as ações como fator preponderante na sua constituição e, conseqüentemente, de um serviço que se quer territorial.

É de suma importância o aspecto físico da casa onde o Caps funciona, devendo facilitar a interação entre seus frequentadores (equipe, usuários, familiares e comunidade) e a liberdade de ir e vir, contrapondo-se de maneira veemente ao cerceamento que caracteriza o manicômio. A seqüência desses dados formais deve fazer com que o Caps esteja integrado aos aspectos sócio-históricos de sua área de abrangência, permitindo o diálogo e ações integradas entre os frequentadores do Caps e de outros pontos da região (escolas, praças, universidades, igrejas, comércio, museus, dispositivos de saúde e de assistência social). Por meio de diálogos cotidianos é possível estabelecer ações conjuntas: “o espaço como forma não tem, de modo algum, um papel fantasmagórico, pois os objetos espaciais são periodicamente revivificados pelo movimento social” (Santos, 2012, p.187).

A inércia dinâmica de elementos passivos que comandam a prática social faz com que o espaço seja uma realidade em transformação, um sistema que engloba objetos e ações. Esses objetos e ações são, no entanto, conduzidos por dois tipos de racionalidade (global e local), contemporâneos e que convivem de maneira dialética (Santos, 2005). No plano global são

estipuladas as “normas de uso dos sistemas localizados de objetos” (p.166). Trata-se, portanto, da imposição de uma racionalidade única a todos os lugares, colocando o espaço fora da escala do cotidiano. A lógica organizacional é enfatizada, e os lugares, como as instituições de saúde, por exemplo, devem seguir o modelo determinado e induzido de maneira vertical por meio de informações gerais. Os aspectos ideológicos ganham preponderância, sendo organizados por atores sociais hegemônicos, distantes das localidades.

No plano local “o território constitui em si mesmo uma norma para o exercício das ações” (Santos, 2005, p.166). Encontra-se na escala do cotidiano, em que os diversos aspectos são integrados de maneira orgânica. O modelo determinado pela racionalidade global é apropriado e pensado de maneira específica, criando relações horizontais pautadas na comunicação. A experiência diária é levada em consideração para a criação de normas por atores sociais vizinhos: “seus parâmetros são a copresença, a vizinhança, a intimidade, a emoção, a cooperação e a socialização com base na contiguidade” (p.170). As características das racionalidades global e local são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1: Comparação entre racionalidade global e local

Racionalidade global	Racionalidade local
Estabelece normas de uso dos objetos locais	Estabelece normas próprias ao território
Coloca o espaço fora da escala do cotidiano	O espaço encontra-se na escala do cotidiano
Lógica organizacional	Lógica orgânica
Modelo induzido de maneira vertical	Modelo criado de maneira horizontal
Preponderância da informação	Preponderância da comunicação
Determinação ideológica	Determinação pela experiência
Atores hegemônicos distantes	Atores sociais pela vizinhança

Fonte: Santos (2005).

Assim, a portaria n.336 pode ser considerada um atributo da dimensão jurídico-política que funciona a partir da racionalidade global, pois estipula regras básicas de funcionamento dos Caps para todo o território nacional (Amarante et al., 2001). Nesse caso, todas as características apresentadas no quadro anterior, referentes à racionalidade global, podem ser observadas. Mas podemos, também, compreender o mesmo documento como importante instaurador de uma racionalidade local, pois abre possibilidades de diferenciação entre os tipos de Caps a partir da amplitude populacional atendida e em relação ao espaço, visto que o Caps tem que possuir área independente de qualquer estrutura hospitalar. Esses fatores favorecem (mas não garantem) a entrada na racionalidade local. Favorecem no sentido em que, por meio do novo espaço de uso (Caps), os objetos e ações historicamente construídos para o cerceamento e a exclusão social são abandonados (manicômio). No entanto, essa ruptura não está garantida a partir da legislação e da criação de um novo espaço, pois, mesmo que se afaste do ambiente dos antigos hospitais, o Caps pode reproduzir características físicas das instituições totais (Goffman, 2003) e, mais do que isso, os modos de produção de cuidado pautado na visão biologicista: “As determinações sociais não podem ignorar

as condições espaciais concretas preexistentes. Um modo de produção novo, ou um novo momento de um mesmo modo de produção, não pode fazer *tabula rasa* das condições espaciais preexistentes” (Santos, 2012, p.182).

O território se configura, portanto, como espaço humano (Santos, 2005), constituído por objetos e ações em inerente conflito estabelecido entre as racionalidades global e local, que convivem de maneira simultânea e dialética. Como espaço de ação humana, o território encontra-se inextricavelmente relacionado à organização das equipes, que pode seguir a lógica da informação global ou da comunicação local (Santos, 2012). Consideramos ponto fundamental para a análise do desafio de transformar o Caps em serviço territorializado a relação entre os poderes hegemônicos (que determinam a informação para todos os territórios) e as relações de vizinhança (que podem estabelecer comunicações). Nesse caso, podemos perguntar se é possível a comunicação quando a informação induz a criação de equipes hierarquizadas a partir do modelo biomédico.

Território como comunicação

Então, esta crítica surge: uma portaria torna todos iguais, forçadamente homogêneos? Tal risco existe; se não se tomar em conta a tensão dialética permanente entre o geral e o particular, existe sempre este risco. Mas para que são feitas as portarias, as normas? Como são feitas? Considere o debate sobre a percepção das portarias pelos agentes, como o gestor, coordenador de Caps e equipe. Ocorre um efeito, não sei se é da tradição brasileira, de tomar a prescrição do Estado, em uma norma reguladora, como maior do que ela é, em vez de tomá-la como uma prescrição geral, que tem que se adaptar ao particular, ao singular (Delgado, 2016, p.38).

Seguindo os argumentos de Pedro Gabriel Delgado durante a entrevista e as proposições de Milton Santos (2005, 2012), podemos afirmar que existe um conflito inerente ao território, entre as racionalidades global e local, entre o geral e o particular. De acordo com Santos, os atores hegemônicos se servem de todos os territórios, ou seja, conseguem expandir suas ideias e seus modos de produção em cada localidade. Por exemplo, a indústria farmacêutica e o modelo biomédico exercem forte interferência nas instituições de saúde, incluindo os Caps, como afirma o próprio Delgado (Reforma..., 2013, s.p.):

Esta psiquiatria sem experiência, sem narrativa, sem primeira pessoa, com a ambição desmedida de etiquetar todas as formas de sofrimento debaixo de diagnósticos, submetida à indústria farmacêutica (60% dos membros do comitê de especialistas declararam alguma forma de vínculo com a indústria), é a tendência dominante, aparentemente irreversível.

A ordem local recebe esse tipo de informação de maneira vertical e, muitas vezes, a estipula como parâmetro de atuação sem nenhuma reflexão. Como o profissional médico (no caso, o psiquiatra) é quem detém esse tipo de informação de maneira especializada, pode acontecer (e muitas vezes acontece) de se criar uma hierarquia dentro das equipes dos Caps, fazendo com que a palavra final seja estipulada a partir de critérios diagnósticos e de tratamentos estritamente medicamentosos.

De acordo com Ana Cristina Figueiredo (2005), os Caps caracterizam-se pelo trabalho em equipe, que pode ser descrito pelos tipos “equipe hierárquica e equipe igualitária”. As equipes hierárquicas se organizam pela prioridade que determinados saberes possuem para exercer poder. Em instituições de saúde, esse tipo de equipe confere o poder de decisão primeiramente ao médico e, em seguida, ao enfermeiro. Assim, o conhecimento e as ações hierarquizadas produzem cada vez mais hierarquia. As equipes igualitárias, ao contrário, se estabelecem a partir de “uma autorização difusa e sempre questionável de um profissional por outro” (p.45). O risco está em se desconsiderar o que cada área possui de específico.

Esse impasse apontado pela autora difere do conflito descrito por Milton Santos (2005, 2012) entre as racionalidades global e local, com suas respectivas informações e comunicações. Para o geógrafo, a comunicação não é propriamente o polo oposto da informação, mas a resolução do conflito entre a informação e sua aceitação passiva, enquanto Figueiredo (2005, p.45) descreve um impasse que talvez possa ser solucionado:

Como, então, resolver o impasse entre esses opostos que trazem a marca de sua própria falibilidade? Nem hierarquia como sinônimo de rigidez ou inflexibilidade, nem igualitarismo como sinônimo de indefinição ou confronto de especialidades. Na prática, o que observamos é uma mistura, uma composição híbrida dos dois modos de funcionamento, de acordo com as situações que emergem.

Se levarmos em consideração que as informações acerca da área da saúde estabelecem, de maneira preponderante, a hierarquia dos saberes, temos um vínculo estreito entre informação e hierarquia; mas o igualitarismo, como descrito acima, não é capaz de produzir a comunicação entre profissionais, pois desconsidera um importante fator: a especificidade de cada conhecimento. Assim, a comunicação é, ao mesmo tempo, a solução contra a recepção acrítica das informações da racionalidade global e o fator que possibilita a formação de equipe interdisciplinar, que se estabelece por duplo caráter híbrido: hierarquia/igualitarismo; espaço-forma/espaço-ação.

Como já vimos, o espaço não é algo inerte, pois possibilita novas ações, pelas quais é gerido. Assim, nesse conflito entre as racionalidades global e local, “o lugar defronta o Mundo, mas também o confronta, graças à sua própria ordem” (Santos, 2012, p.166). A criação de ordem própria ao lugar caracteriza-se como um processo de resistência à imposição da racionalidade global sem que as questões específicas sejam levadas em consideração. Em nossos serviços de saúde mental podemos vivenciar essa situação de três maneiras distintas: (a) como uma aceitação da racionalidade médica sobre a concepção da atenção psicossocial, que simplesmente deixa de existir como ação dos profissionais; (b) como uma contraposição ideológica entre uma pretensa cientificidade da psiquiatria e uma pretensa ideologia reformista; (c) como um processo dialético em que as questões medicamentosas passam a fazer parte da proposta de atenção psicossocial, pois “o DSM-V é uma tendência dominante, mas o campo da atenção psicossocial também é uma realidade viva, e pode enfrentar as atribulações deste diálogo com a vertente reducionista da psiquiatria” (Reforma..., 2013, s.p.). A resistência exercida pelo lugar acontece, prioritariamente, na comunicação que as pessoas são capazes de estabelecer, saindo da égide da pura informação. A resistência pela contiguidade, analisada por Santos (2012), pode incluir a equipe de saúde, dependendo do modo de sua organização.

Território concebido de maneira interdisciplinar

A relação que se estabelece entre as noções de território e de interdisciplinaridade é pensada neste artigo a partir da dualidade das racionalidades global e local, mais especificamente da dualidade de seus respectivos atributos: informação e comunicação (Santos, 2005, 2012). Então, se a informação (da ordem global) é pautada no apelo da indústria farmacêutica e no modelo biomédico, o que faz com que as equipes se organizem de maneira hierarquizada (Figueiredo, 2002, 2005), dificultando as ações pautadas no modelo da atenção psicossocial, como reverter esse processo? A comunicação (da ordem local) caracteriza-se como fator que possibilita a reflexão sobre a informação e, assim, cria condições para se estabelecer o diálogo interdisciplinar, o qual Delgado (2016, p.36-37) qualificou na entrevista como “colóquio criativo entre saberes”.

Além da informação que direciona de maneira vertical o modelo biomédico a todos os territórios, os Caps possuem outros fatores que dificultam a criação de equipe interdisciplinar e as ações comunitárias: (a) a inscrição desses serviços dentro da lógica da hierarquização do sistema de saúde; (b) a sua dupla função de ambulatório e serviço territorializado; (c) a não compreensão dos conceitos como processos históricos. Para abordar esses assuntos, iniciaremos com a análise das portarias n.224 e n.336, no que dizem respeito à inclusão dos serviços de saúde mental no princípio de hierarquização do Sistema Único de Saúde (SUS), à definição desses serviços como ambulatórios e à formação de equipe.

A portaria n.224 tem como uma de suas diretrizes a organização dos serviços, incluindo os de saúde mental, a partir dos princípios do SUS, entre os quais a hierarquização (Brasil, 29 jan. 1992). O princípio de hierarquização se fundamenta na tentativa de resolução de um conjunto de problemas de saúde por meio da produção de diferentes complexidades, com custos sociais escalonados por níveis de atenção, do mais básico (menos complexo e com menor incorporação tecnológica) ao mais especializado (mais complexo e com maior incorporação tecnológica), tal qual uma pirâmide (Zambenedetti, Silva, 2008).

Essa portaria é atualizada pela portaria n.336, que estipula as diferentes modalidades de Caps. Independentemente da modalidade, os Caps devem atuar em diferentes níveis (prevenção, atenção à crise, atividades comunitárias) (Brasil, 19 fev. 2002). Segundo Campos (2000), ocorre uma tensão entre a lógica da hierarquização e a da atuação em diversos níveis. A autora argumenta que a classificação adotada pelo SUS é, tradicionalmente, verticalizada, hierarquizada e compartimentalizada por níveis de complexidade. Sendo assim, os Caps apresentam uma proposta diversa da geralmente estipulada. Esse conflito entre as propostas interfere na percepção que os profissionais de outros dispositivos de saúde têm do Caps e de seus usuários: o Caps é, muitas vezes, responsabilizado de maneira isolada pela atenção à clientela do campo da saúde mental, criando uma dicotomia entre “saúde coletiva” e “saúde mental”. Para diversos autores (Campos, 1997; Cecílio, 1997; Ceccim, Ferla, 2006), o princípio de hierarquização – que perpassa a organização das redes de ações e serviços do SUS –, ao mesmo tempo que possibilitou um planejamento racional do sistema, levou à fragmentação e à burocratização, dificultando o acesso aos serviços.

O princípio de hierarquização, aliado ao mecanismo de referência e contrarreferência, teria levado à fragmentação da assistência e à destituição de vínculos entre usuários e

profissionais (Alves, Guljor, 2004). Delgado (1999) é ainda mais enfático quando diz que o escalonamento do atendimento clínico, que ocorre na perspectiva da hierarquização por complexidade de ações, aplica-se ao modelo hospitalocêntrico, mas é incompatível e incongruente com a estratégia de uma rede de cuidados baseada em serviços territoriais.

A lógica da hierarquização dos serviços de saúde parece se imiscuir na organização dos Caps, contribuindo para a ênfase do conhecimento especializado e para o recuo das ações da equipe, que ficam restritas ao espaço físico do serviço. Assim, são priorizados os atendimentos individualizados às ações territoriais. Podemos destacar, nesse sentido, o fato de, na portaria n.224, os Naps/Caps estarem inseridos nas normas para o atendimento ambulatorial com o desenvolvimento de atividades comunitárias (Brasil, 19 fev. 1992). Esse tipo de proposição foi sintetizado na portaria n.336 da seguinte maneira: “Os Caps deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território” (Brasil, 19 fev. 2002, parágrafo 2º).

Conforme Delgado (1999, p.116), os ambulatórios compunham um sistema hierarquizado de serviços de saúde mental centrado no hospital psiquiátrico, e o circuito “emergência-internação-ambulatorio-internação” constituía a modalidade predominante de cuidado oferecida. Para romper esse circuito, foi necessária a regionalização do atendimento e a criação de serviços locais de atenção psicossocial (Caps). Nesse tipo de argumento, o Caps surge para romper, exatamente, com o circuito descrito acima, ou seja, com a lógica estabelecida pelos ambulatórios.

De acordo com Benilton Bezerra (1994, p.136), os ambulatórios partem de uma evidência: “o hospital psiquiátrico não é a resposta ideal às demandas coletivas de tratamento”. Essa evidência talvez seja o único ponto de contato entre as concepções de ambulatorio e de Caps. Isso não quer dizer que, no trabalho cotidiano, a lógica ambulatorial não esteja presente nos Caps (e de maneira muito forte).

A demanda por atendimento ambulatorial está pautada em dois tipos excludentes: naturalizada e como produto social (Bezerra, 1994). A demanda naturalizada possui sua origem em distúrbios físicos ou psíquicos. A demanda como produto social faz uma crítica à demanda naturalizada e afirma a posição do terapeuta como reproduzidor da ordem social que despolitiza os conflitos. No primeiro caso, o tratamento seria a remoção dos sintomas e, no segundo, a desalienação política que possibilitaria a libertação social. O autor identifica três equívocos frequentes daí advindos: considerar que todas as pessoas possuem a mesma concepção de adoecimento (ilusão de universalidade – referida à demanda naturalizada); identificar a alienação social à alienação mental (homologia indevida – referida à demanda como produto social); e pressupor que o psiquismo de um burguês é completamente diferente de um proletário (relativismo fixista – também referido à demanda como produto social).

Devemos salientar que as análises de Bezerra acerca dos ambulatórios foram efetuadas na década de 1990, quando os Caps estavam apenas em seu início e ainda eram poucos. De lá para cá, a demanda naturalizada é cada vez mais preponderante, fazendo com que as equipes de saúde mental trabalhem na perspectiva biomédica, apesar de alocadas em serviços de atenção psicossocial. Estamos, mais uma vez, na contraposição entre o geral e o particular. Nessa contraposição, os ambulatórios criam demandas universais,

de homologias ou de relativismos amplos em demasia. E os Caps possibilitariam a comunicação específica em cada situação. A proposta dos Caps está em total consonância com as críticas empreendidas por Bezerra (1994, p.147) às demandas ambulatoriais, que teriam como possível solução “abrir um espaço para questões que procurem detectar no idiossincrático a marca do social”.

A prática cotidiana de um ambulatório se resumia à marcação de consultas com profissionais de áreas específicas, podendo uma mesma pessoa ser tratada por profissionais em mais de uma delas. Contudo, a troca de informações entre os membros da equipe se dava de maneira superficial. Nesse sentido, a noção de território implícita no funcionamento do ambulatório é a de área distrital, ou seja, um recorte da cidade ou bairro que teria seus moradores referenciados a determinado serviço. E a equipe se constituiria de maneira multidisciplinar. Em contrapartida, constituindo-se como serviços substitutivos, os Caps devem prescindir da internação psiquiátrica, aliando o modelo assistencial da clínica à reabilitação psicossocial, tendo a noção de território como espaço humano. O usuário, antes atendido por uma equipe multidisciplinar, passa a receber cuidados de uma equipe que se constitui de maneira interdisciplinar, o que pressupõe uma comunicação mais efetiva. Mas, como nos adverte Yasui (2006, p.61; destaque no original),

implantar um serviço com a ‘marca’ Caps não significa automaticamente uma adesão, tanto dos trabalhadores, quanto dos gestores aos princípios, às diretrizes e aos novos paradigmas propostos, nem é a garantia de um serviço de qualidade e de substituição aos manicômios. Um crucial equívoco que ocorre é o fato do Caps ser considerado e implantado como mais um serviço de saúde mental. Ou seja, uma unidade isolada em que se executam ações de profissionais ambulatorialmente.

Os Caps devem funcionar, portanto, de maneira distinta dos antigos ambulatórios. Ainda que recebam a definição de “serviço ambulatorial pautado pela lógica do território”, suas funções extrapolam a lógica ambulatorial. Portanto, a ênfase não deve recair sobre sua definição como serviço ambulatorial, mas no argumento de que devem seguir a lógica do território (Melo, 2012).

Em relação à equipe, a portaria n.336 estabelece o número mínimo de profissionais e a categoria para cada tipo de Caps: existe a obrigatoriedade de médico (com formação em saúde mental – Caps I, e psiquiatra – Caps II e III), de enfermeiro (sendo que para Caps II e III com formação em saúde mental), profissionais de nível superior (sendo citados psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e pedagogo) e profissionais de nível médio (sendo citados técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão). Vale ressaltar que, entre os profissionais de nível superior, há o seguinte adendo: “ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico” (Brasil, 19 fev. 2002). Esse tópico será analisado adiante.

Como podemos observar, o Caps é organizado a partir da diversidade de áreas do conhecimento, pressupondo o trabalho em equipe. De acordo com Vasconcelos (1997), cada ambiente (espaço) pede um tipo de configuração de equipe. Assim, em um ambulatório temos, geralmente, atendimentos especializados efetuados de maneira individual, com pouca troca de conhecimentos entre os profissionais, que pode ficar restrita ao registro

nos prontuários, caracterizando uma equipe multiprofissional. Instituições como os Caps, por sua vez, necessitam de equipes interdisciplinares, em que a comunicação entre os profissionais aconteça de maneira mais efetiva, principalmente em reuniões regulares de equipe. A interdisciplinaridade, se constitui, assim, como um nível avançado de coordenação e cooperação em que todo conhecimento seja valorizado, de modo que as relações profissionais se estabeleçam de maneira horizontal, constituindo em troca recíproca entre as diferentes disciplinas, o que tende para a criação de novos campos de saber, como, por exemplo, a atenção psicossocial:

A interdisciplinaridade ... exige a identificação de uma problemática comum, como levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação, das diferenças e convergências destes conceitos, e desta forma gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos. Desta forma, as práticas interdisciplinares autênticas tendem, quando prolongadas no tempo, para a criação de campos de saber ou disciplinares novos (Vasconcelos, 1997, p.26).

Contudo, no setor saúde, incluindo os Caps, ainda persiste uma noção de equipe referente à coexistência de vários profissionais numa mesma situação de trabalho que compartilham o mesmo espaço físico e a mesma clientela. Assim, na atuação multidisciplinar privilegia-se o trabalho individual em detrimento do coletivo, o que pode prejudicar a integração da equipe, bem como o atendimento ao usuário.

A organização de uma equipe interdisciplinar envolve, por sua vez, a dinâmica entre trabalho e interação. Essa dinâmica possui fatores importantes em sua constituição, como a qualidade da comunicação entre os integrantes, as especificidades dos trabalhos especializados, o questionamento da valoração social dos diferentes trabalhos, a flexibilização da divisão do trabalho, a autonomia profissional de caráter interdependente, bem como a construção de um projeto assistencial comum (Peduzzi, 2001). Como processo grupal, o trabalho em equipe envolve relações interpessoais e de poder, diferentes saberes, afetos e desejos, sendo importante o reconhecimento e a compreensão desses fatores para o processo de construção da própria equipe (Fortuna et al., 2005). A formação de uma equipe interdisciplinar se configura, portanto, como processo, pois não acontece de modo automático (Figueiredo, 2005), como aponta também Delgado (2016, p.33):

Então, interdisciplinaridade não é só dizer que estão ali todas as profissões, que os saberes se compartilham, porque isto não existe como dado natural na experiência dos serviços. A prática de compartilhamento do saber, inclusive com a família e com o paciente, não é um desafio que se resolve apenas deixando as pessoas falarem, escutando, assegurando a escuta. É necessário ir adiante, enfrentar o desafio do saber compartilhado, publicar mais. O nosso campo de saberes sobre a Reforma, o campo de produção de conhecimento, é muito rarefeito e frágil.

A construção de uma equipe interdisciplinar se configura como processo, no qual a própria concepção de interdisciplinaridade sofre modificações, caracterizando-se, também, como uma construção sócio-histórica. Os conceitos não são, portanto, prontos e acabados.

De acordo com Milton Santos (2012), a interdisciplinaridade é um princípio que perpassa todas as áreas de conhecimento, e uma das formas de desenvolvimento de um determinado campo se dá pela possível transgressão que especialistas de áreas diversas podem causar. Essa transgressão não acontece apenas com a “colaboração multilateral de diversas disciplinas” (multidisciplinaridade), mas pela “imbricação entre disciplinas diversas ao redor de um mesmo objetivo de estudo” (interdisciplinaridade) (Santos, 2012, p.133).

As mudanças no território são de extrema importância para a transformação da interdisciplinaridade, e vice-versa. A ideia de que a interdisciplinaridade se caracteriza como noção que se transforma é mais importante ainda quando se trata de “fenômenos de ordem histórica” (Santos, 2012, p.137), como a atenção psicossocial. Essas concepções de Santos são corroboradas nos argumentos de Delgado (2016, p.33-34): “A interdisciplinaridade na atenção psicossocial só terá existência concreta se ela for capaz de produzir efeitos teóricos, de reflexão sobre a prática, e compartilháveis na forma de produção e disseminação de conhecimento”.

Então, se pensarmos o campo da atenção psicossocial como ele se constitui atualmente, temos mudanças jurídicas, assistenciais, culturais e teóricas de suma importância. Essas mudanças, no entanto, não são construídas de maneira utópica, como se os novos dispositivos fossem a superação completa de todas as marcas históricas de exclusão e tutela. Os Caps, por exemplo, são híbridos de informação biomédica e comunicação interdisciplinar, ora se caracterizam por ordenamentos sociais, ora como espaços de inventividade. Não existe espaço liso, mas conflito e resistência: “O lugar é a oportunidade do evento. ... a possibilidade, no lugar, de construir uma história das ações que seja diferente do projeto dos atores hegemônicos” (Santos, 2005, p.163).

O território só pode ser pensado desse modo se as equipes forem organizadas de maneira interdisciplinar. A proposta dos Caps cria condições para que esse esforço seja efetuado: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e artesãos trabalhando juntos podem constituir equipes interdisciplinares que atuem em territórios vivos. Em sua maioria, esses profissionais não possuem em suas formações debates necessários para a construção de equipes nem para o trabalho a partir da concepção de território aqui apresentada. A cooperação e a comunicação necessárias para isso são abafadas por modelos hegemônicos, disputas de poder, hierarquias e segmentação do conhecimento. Mas vimos que a própria interdisciplinaridade é construída historicamente e que, na portaria que regulamenta os Caps, é dada a possibilidade de composição da equipe “com outro profissional necessário ao projeto terapêutico”. Será que existe (ou um dia existirá) algum Caps que conte em sua equipe, com geógrafo, sociólogo, advogado, antropólogo, recriando, assim, a interdisciplinaridade, levando o diálogo do campo da saúde além de suas fronteiras disciplinares, sofrendo novas transformações?

Considerações finais

Com a aprovação da lei n.10.216 e a consequente ampliação dos serviços substitutivos, compreendemos que a reforma psiquiátrica brasileira se consolidou como política pública e os Caps como o principal dispositivo assistencial. Porém, como nos lembra Amarante (2007),

a reforma psiquiátrica não se resume à criação de serviços, ela requer uma transformação mais ampla na relação entre sociedade e loucura. Nesse sentido, buscamos, neste artigo, chamar a atenção para o caráter transformador que os Caps podem ter ao se configurar como serviços territoriais devendo, para tal, assumir o modo de organização interdisciplinar.

A reforma psiquiátrica brasileira se caracteriza como campo polissêmico, podendo ser abordada de diversas maneiras, entre as quais, a partir da dimensão teórico-conceitual. Nesse sentido, é essencial que a equipe de trabalho compreenda os principais conceitos que orientam a constituição dos serviços e permeiam seu cotidiano. Como afirma Pedro Gabriel Delgado (2016, p.33): “vejo sim algumas fragilidades teóricas que suscitam efeitos práticos”. Essas fragilidades teóricas trazem dificuldades para a efetiva implantação dos serviços como substitutivos ao modelo da internação. Muitas vezes, os Caps se posicionam como complementares à internação psiquiátrica, o que se evidencia, por exemplo, na pouca efetivação de Caps III pelo país.

O modelo biomédico é preponderante em várias ações das equipes dos Caps, em detrimento da abordagem psicossocial. Para reverter essa situação é necessário um esforço político, administrativo, técnico, jurídico e conceitual. Em relação à dimensão teórico-conceitual, várias noções devem ser trabalhadas, entre as quais o conceito de território. Assim, apresentamos esse conceito como uma das principais noções que operam ou deveriam operar nesses serviços. O conceito de território é concebido de modo operativo e se modifica de maneira sócio-histórica, sendo analisado como espaço humano, como comunicação e relacionado ao modo de produção de conhecimento interdisciplinar. Pretendemos, portanto, fomentar o debate que faça avançar a reforma psiquiátrica no Brasil.

NOTAS

¹ A entrevista foi realizada no Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde (Nepis) da Universidade Federal de São João del-Rei, no dia 28 de junho de 2013. Neste artigo, serão utilizados trechos da entrevista, tendo como foco os conceitos de território e interdisciplinaridade, como elencados pelo entrevistado. A entrevista, composta por 13 perguntas, teve como objetivo compreender o processo da reforma psiquiátrica brasileira em suas dimensões jurídico-política e técnico-assistencial (Amarante, 2007), servindo como documento de análise para a dissertação intitulada *As políticas públicas de saúde mental e o cotidiano dos serviços substitutivos: um estudo sobre ideologia na reforma psiquiátrica brasileira*, desenvolvida no Programa de Mestrado em Psicologia da UFSJ (César, 2014). A entrevista completa pode ser lida em *Mobilização, cidadania e participação comunitária*, livro organizado por Melo et al. (citado em Delgado, 2016, p.11-45).

² As perguntas foram: (1) Como se deu o processo de elaboração do projeto de lei n.3.657?; (2) quais foram os elementos que facilitaram e dificultaram a apresentação e a tramitação do projeto?; (3) o projeto revoga o decreto de 1934: como você vê a relação do Judiciário com a saúde mental nesses dois momentos?; (4) do projeto de 1989 para a lei de 2001 houve modificações no texto e no conteúdo das propostas. Como você vê essas mudanças e de que modo elas interferiram no processo da reforma?; (5) você se tornou coordenador nacional de saúde mental, álcool e outras drogas em 2000, a lei n.10.216 é de 2001. A sua presença no Ministério da Saúde interferiu de alguma maneira na aprovação da lei?; (6) como você vê a sua presença, enquanto militante da reforma, no Ministério da Saúde?; (7) como você vê os Caps como o principal serviço substitutivo da reforma?; (8) como você vê a implementação dos Caps como serviços assistenciais substitutivos? (atuação profissional, formação/trabalho da equipe, Caps como o centro da rede etc.); (9) em um dos seus textos, “Reforma psiquiátrica, inclusão social e direitos de cidadania” (Delgado, 2001, s.p.), você aponta que o principal desafio era o acesso da população aos serviços substitutivos. Quais seriam os desafios desses serviços, hoje?; (10) como você vê a interdisciplinaridade e a territorialidade nesses serviços?; (11) como você vê a utilização da medicação dentro dos dispositivos da reforma psiquiátrica?; (12) como você vê o papel das portarias ministeriais que regulamentam e organizam os serviços substitutivos e a assistência na reforma psiquiátrica brasileira? (Existem críticas quanto a uma possível homogeneização

desses serviços); (13) na sua opinião quais seriam os principais desafios do processo da reforma psiquiátrica brasileira hoje?

³ Esses aspectos foram analisados em Cêzar (2014).

REFERÊNCIAS

- ALVES, Domingos Sávio; GULJOR, Ana Paula. O cuidado em saúde mental. In: Pinheiro, Roseni R.; Mattos, Rubem A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec. p.221-240. 2004.
- AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.
- AMARANTE, Paulo et al. Metamorfose ou invenção: notas sobre a história dos novos serviços em saúde mental no Brasil. In: Jacó-Vilela, Ana Maria; Cerezo, Antônio Carlos; Rodrigues, Helena B.C. (Org.). *Clio-Psyché Hoje: fazeres e dizeres psi na história do Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; Uerj. p.44-59. 2001.
- BEZERRA, Benilton. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: Tundis, Silvério A.; Costa, Nilson R. (Org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes. p.133-169. 1994.
- BONI, Valdete; QUARESMA, Silvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. *Em Tese*, v.2, n.1(3), p.68-80. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.336/GM. Regulamenta o funcionamento e estrutura dos Caps. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf. Acesso em: 3 ago. 2016. 19 fev. 2002.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 3 ago. 2016. 6 abr. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.224/GM. Estabelece diretrizes e normas para a assistência em saúde mental. Legislação em Saúde Mental (1990-2004). p.243-252. Brasília: Ministério da Saúde. 29 jan. 1992.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n.3.657. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. *Diário do Congresso Nacional*, seção I, p.10.696-10.697. 29 set. 1989.
- CAMPOS, Florianita C.B. *O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2000.
- CAMPOS, Gastão Wagner de S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec. 1997.
- CECCIM, Ricardo B.; FERLA, Alcindo. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Rubem A. de (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco. p.165-184. 2006.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de O. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, v.13, n.3, p.469-478. 1997.
- CÉZAR, Michelle de Almeida. *As políticas públicas de saúde mental e o cotidiano dos serviços substitutivos: um estudo sobre ideologia na reforma psiquiátrica brasileira*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de São João Del Rei, São João del Rei. 2014.
- DELGADO, Pedro Gabriel. São João del Rei: diálogo sobre os caminhos da reforma psiquiátrica. Entrevistadora: Michelle de Almeida Cézar. In: Melo, Walter et al. (Org.). *Mobilização, cidadania e participação comunitária*. Rio de Janeiro: Espaço Artaud. p.11-45. (Coleção Saúde e Educação, n.5). 2016.
- DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica, inclusão social e direitos de cidadania. *Boletim 18 maio: Informativo do Instituto Franco Basaglia*, ano 8, n.20. 2001.

- DELGADO, Pedro Gabriel.
Atendimento psicossocial na metrópole:
algumas questões iniciais. *Cadernos Ipub*, n.14,
p.113-121. 1999.
- FIGUEIREDO, Ana Cristina.
Uma proposta da psicanálise para o trabalho em
equipe na atenção psicossocial. *Mental*, v.3, n.5,
p.44-55. 2005.
- FIGUEIREDO, Ana Cristina.
*Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a
clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio
de Janeiro: Relume-Dumará. 2002.
- FORTUNA, Cinira Magali et al.
O trabalho de equipe no Programa de Saúde
da Família: reflexões a partir de conceitos do
processo grupal e de grupos operativos. *Revista
Latinoamericana de Enfermagem*, v.13, n.2, p.262-
268. 2005.
- GOFFMAN, Erving.
Manicômios, prisões e conventos. São Paulo:
Perspectiva. 2003.
- KUHN, Thomas S.
A estrutura das revoluções científicas. São Paulo:
Perspectiva. 2007.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina A.
Metodologia do trabalho científico. São Paulo:
Atlas. 1991.
- MELO, Walter.
As regiões de fronteiras do Espaço Artaud:
articulações entre saúde e cultura. *Pesquisas e
Práticas Psicossociais*, v.7, n.2, p.211-222. 2012.
- MINAYO, Maria Cecília S.
*O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa
em saúde*. São Paulo: Hucitec. 2010.
- MINAYO, Maria Cecília S. (Org.).
Pesquisa social: teoria, método e criatividade.
Petrópolis: Vozes. 2009.
- PEDUZZI, Marina.
Equipe multiprofissional de saúde: conceito
e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, v.35, n.1,
p.103-109. 2001.
- REFORMA...
Reforma psiquiátrica, conquistas e desafios:
entrevista com Pedro Gabriel Delgado. *Revista
Epos*, v.4, n.2. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epos/v4n2/09.pdf>. Acesso em:
20 jan. 2017. 2013.
- SALES, André Luis L.F.; DIMENSTEIN, Magda.
Psicologia e modos de trabalho no contexto
da reforma psiquiátrica. *Psicologia: Ciência e
Profissão*, v.29, n.4, p.812-827. 2009.
- SANTOS, Milton.
Por uma geografia nova. São Paulo: Edusp. 2012.
- SANTOS, Milton.
Da totalidade ao lugar. São Paulo: Edusp. 2005.
- SANTOS, Milton.
*O país distorcido: o Brasil, a globalização e a
cidadania*. São Paulo: Publifolha. 2002.
- TENÓRIO, Fernando.
A reforma psiquiátrica brasileira, da década
de 1980 aos dias atuais: história e conceitos.
História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v.9, n.1,
p.25-59. 2002.
- VASCONCELOS, Eduardo M.
Desinstitucionalização e interdisciplinaridade
em saúde mental. *Cadernos do Ipub*, n.7, p.19-40.
1997.
- YASUI, Silvio.
A produção do cuidado no território: “há tanta
vida lá fora”. In: Ministério da Saúde. Quarta
Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília:
Ministério da Saúde. 2010.
- YASUI, Silvio.
*Rupturas e encontros: desafios da reforma
psiquiátrica brasileira*. Tese (Doutorado em
Ciências na Área da Saúde) – Escola Nacional
de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de
Janeiro. 2006.
- ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane A.N.
da.
A noção de rede nas reformas sanitária e
psiquiátrica no Brasil. *Psicologia em Revista*, v.14,
n.1, p.131-150. 2008.

